

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

MYSTIQUE ET PSYCHIATRIE

PAR

JEAN LHERMITTE

A considérer seulement le nombre et l'importance des travaux qui lui ont été consacrés, on est obligé de reconnaître que le problème de l'expérience ou de la vie mystique tient une place singulièrement en vue parmi les préoccupations spirituelles du temps présent. Les raisons en sont nombreuses, et il n'est pas de psychologue qui les méconnaisse.

Certes, lorsqu'on parcourt l'histoire, l'on se persuade très vite que dans tous les temps, à toutes les époques, l'homme s'est interrogé sur le sens à donner à une vie fragile autant qu'éphémère, mais peut-être nulle angoisse ne s'est manifestée aussi générale et aussi profonde que celle que nous observons aujourd'hui. Car si, en des jours qui ne sont pas très loin de nous, l'homme se croyait accordé avec la nature et si, en lui, semblaient s'harmoniser le sentiment de l'existence et la connaissance qu'il en prenait, aujourd'hui une sorte de fissure s'est créée entre l'intelligence du monde et la conscience de la pensée. De telle sorte que l'homme moderne apparaît comme divisé en lui-même, parce que sa pensée s'exerce tout ensemble sur la connaissance qu'il prend des choses et sur la manière dont s'effectue cette connaissance. L'homme pense en même temps qu'il se pense.

Enfermé dans un univers que la science enveloppe d'un rigoureux déterminisme, l'esprit humain cherche à s'échapper d'un monde clos pour gagner des régions où le sentiment de liberté qu'il porte en lui peut s'épanouir. Il serait facile d'évoquer encore d'autres motifs, mais ceux-ci suffiront pour donner la raison de ce retour à un esprit de foi spirituelle, comme aussi à expliquer la croyance, si répandue de nos jours, au merveilleux, à l'étrange, à l'occulte, au magique, au spiritisme, à la divination, à la voyance, bref, à tout cet appareil contre lequel, avec une vigueur singulière, Mgr Ottaviani nous a mis en garde. « Nous assistons depuis des années, écrit l'assesseur du Saint-Office, à une recrudescence d'engouement populaire pour le merveilleux en fait de religion. Des foules de fidèles se rendent sur les lieux de prétendues visions ou de soi-disant prodiges, alors qu'elles négligent l'Eglise et les sacrements. » (1).

Ne soyons donc pas surpris de voir resurgir, en ce xx^e siècle que certains voudraient tenir pour dépouillé de toute croyance religieuse, un mouvement de grande spiritualité ainsi qu'un retour vers l'approfondissement de nos connaissances sur la vie ou l'expérience mystique (2).

Dois-je rappeler d'abord qu'il n'est pas de mystique que de chrétienne et que sous des aspects extrêmement différents, l'expérience mystique se dévoile de même essence, traduit le même élan et le même désir. Comme l'exprime Schopenhauer, cet accord est manifeste malgré la différence des temps, des pays et des religions. Ces mystiques « ne forment pas comme une secte qui a une fois embrassé un dogme favori, qui le maintient, le défend et le propage ; bien plus, presque toujours, ils s'ignorent les uns les autres ; les mystiques hindous, chrétiens, mahométans, les quétistes, les ascètes sont de tout point hétérogènes entre eux, sauf pour le sens intime et l'esprit de leurs préceptes. » (3). Sous une écorce différente, le cœur et l'esprit du mystique se montrent animés d'une même ardeur.

Malheureusement, il n'est guère de terme qui ait été plus galvaudé, et employé mal à propos, que celui de mystique. Sans doute, il n'est pas aisé de donner, à l'aide de mots, la définition d'un état dont l'essence même est intraduisible par le langage

(1) Mgr OTTAVIANI, in « Osservatore Romano » et « La Croix », 10 fév. 1951.

(2) On ne doit appliquer en bonne règle le terme « mysticisme » qu'aux manifestations qui n'ont de mystique que l'apparence.

(3) SCHOPENHAUER. — *Le monde comme volonté et comme représentation*, 1 vol., traduction Burde.

verbal ; cependant on peut dire que, dans son principe, l'état mystique consiste dans un élan spirituel qui retentit jusqu'à la pointe de l'esprit ainsi que dans une aspiration à transcender toute appréhension conceptuelle pour saisir le divin par la connaissance et par l'amour ; en sorte que Dieu pénètre au plus intime de l'âme humaine, transforme la personnalité dans ses modes de penser, d'agir et de sentir. « Ainsi donc, le principe directeur de l'expérience mystique comporte une incessante évolution, laquelle s'arrête seulement lorsque le mystique est parvenu, souvent au prix de grands efforts, à sa déification, à son union avec Dieu, éventuellement couronnée par le mariage spirituel. » (1). Connaissance et amour signifient que toute mystique comprend tout ensemble un élément cognitif et un élément affectif ; et si les rapports de l'un avec l'autre peuvent varier, les deux termes n'en demeurent pas moins indissolubles.

Comme l'écrivait encore tout récemment Emmanuel Aergaeter (2), « l'homme découvre par l'amour et par la connaissance amoureuse, son identité avec Dieu, l'homme participe à la divinité, l'homme est Dieu ».

Si l'expérience mystique apparaît bien un événement vécu, *ein Erlebnis*, elle est loin d'être accordée à qui désire de la vivre. Bien des saints n'ont pu la réaliser, alors que d'autres, à l'exemple de saint Jean de la Croix, s'y trouvaient plongés pour ainsi dire par nature.

Encore que les grâces mystiques puissent être accordées gratuitement, dans la règle, celles-ci ne sont obtenues qu'au prix d'une discipline sévèrement contrôlée : l'ascèse. Or, cette ascèse, véritable combat spirituel que livre le mystique, si elle comporte des moments d'une incomparable joie, se montre parfois semée de manifestations douloureuses et inquiétantes en ce qu'elles sont susceptibles de rappeler des phénomènes qui illustrent certaines névroses ou quelque déséquilibre de l'esprit.

Il convient donc de préciser ce qui, chez le mystique le plus authentique, peut être considéré comme la rançon de l'humaine nature, puis de déterminer très objectivement quels sont les phénomènes qui de mystique n'ont que l'apparence ; enfin, de discerner sous quels traits trompeurs se dissimulent les multiples contrefaçons de la vie mystique.

C'est à réaliser ce dessein que je me suis appliqué dans un

(1) Jean LHERMITTE. — *Mystiques et faux mystiques*, Bloud et Gay, 1 vol., 1951.

(2) E. AERGAETER. — *Le mysticisme*, 1 vol., Flammarion, 1951.

ouvrage récent en rapportant quelques exemples tirés de mes observations personnelles pour les confronter avec ceux que l'Eglise propose à notre méditation (1).

Il faut ajouter que si j'ai osé aborder un problème aussi difficile c'est, d'une part, parce que depuis plus de vingt ans, j'ai l'honneur de collaborer régulièrement aux « Etudes Carmélitaines de Mystique et de Mission », et que j'ai participé aux journées d'Avon qui réunissent tous les deux ans théologiens, philosophes, sociologues et médecins.

C'est donc à la fréquentation régulière des théoriciens éminents de la vie mystique et aussi à ma situation de médecin catholique, en me donnant l'occasion d'observer de nombreux cas pour lesquels il s'agit de décider si telle conduite ne répond pas à celle que la médecine a déjà inventoriée, qui m'ont amené à exposer non pas des théories ou des abstractions, mais des faits susceptibles de porter quelque lumière sur le problème de la mystique divine.

Ainsi que je l'ai rappelé plus haut, la croyance inconsidérée au merveilleux expose à de bien singulières aberrations. Pour en découvrir un exemple, il suffit de lire la vie de cette Marie-Thérèse Noblet, qui vient de nouveau d'attirer l'attention (2).

L'existence de cette « servante du Seigneur », pour laquelle on ne peut qu'éprouver des sentiments de compassion et même d'admiration pour l'œuvre de charité qu'elle a accomplie, est une illustration saisissante des désordres que la névrose peut introduire dans l'esprit d'une croyante insuffisamment dirigée.

Comme on l'observe dans un très grand nombre de cas de ce genre, Marie-Thérèse se montre une spécialiste des guérisons soudaines (Roland Dalbiez) : pseudo-mal de Pott ; paralysies, hémoptysies, « crises de cœur », péritonite aiguë, perte de la vision puis de la parole, enfin toute une série d'infirmités qui la mettaient quelquefois, nous assure-t-on, « aux portes du tombeau ».

Puis survinrent des manifestations de soi-disant « possession diabolique », dont la qualité se dévoile sans effort. En effet, que

(1) Jean LHERMITTE. — *Mystiques et faux mystiques*, 1 vol., Bloud et Gay, avec imprimatur. Une analyse très détaillée en a été donnée par M. René CHARPENTIER dans les *Annales médico-psychologiques*, octobre 1952, pages 443-444.

(2) André PINEAU. *Marie-Thérèse Noblet, servante du Seigneur en Papouasie*, 1 vol., 1934 ; — Dr Pierre GISCARD. *Mystique ou hystérie*, 1 vol., 1953, Le Colombier.

voyons-nous ? Les manifestations les plus extravagantes, les scènes les plus burlesques que connaissent bien ceux qui ont quelquefois assisté à des crises de démonopathie névropathique. Ai-je besoin de dire que tout cet appareil spectaculaire se retrouve identique chez tous les « faux possédés » de Loudun ou d'ailleurs ; chez une Marthe Brossier que Bérulle tenait pour une authentique possédée avant que le médecin Marescot ne vint démontrer la réalité de l'hystérie et de la simulation (1). De même que Marthe Brossier et la plupart des faux possédés, Marie-Thérèse fut soumise par erreur à des exorcismes répétés, dont la conséquence ne pouvait être que le redoublement des crises. Evidemment, l'exorciste trop impétueux avait oublié les sages conseils que donnait l'archevêque de Bordeaux, Henry de Sourdis, aux prêtres qui se livraient à de frénétiques exorcismes sur les Ursulines de Loudun, et dont la mise en œuvre fit cesser toutes les scènes de diablerie dont s'éjouissait la population.

A l'exemple de plusieurs malheureuses filles qu'il m'a été donné d'observer, Marie-Thérèse prétendait apercevoir le démon sous l'aspect d'un gorille, ou d'animaux bizarres. Pendant un exorcisme, « elle le voit à ses pieds, le fait flageller et lui met le pied sur le cou ». Une autre fois, « le démon la saisit du canapé où elle se reposait sans dormir, sans doute, et la jette violemment sur sa couchette en lui disant : Ah ! c'est comme ça que tu obéis. Puis en une emprise roide, il la ravit en enfer et la tourmente par la vue des damnés, des démons, des bêtes » (2).

Mais le démon n'apparaît pas toujours sous la forme d'un chien, d'un loup ou d'un gorille ou encore d'un animal difficilement identifiable, il se dissimule sous l'aspect d'un homme. « Le mois suivant, Marie-Thérèse surprend le démon « sous forme humaine, levant la moustiquaire de l'une de ses petites sœurs. Elle va à lui et tout bas lui ordonne, au nom de Dieu, de partir. Il obéit, mais au lieu de descendre l'escalier, il entre dans la chambre, se jette sur elle et la roue de coups. Davantage, le démon électrise le lit de Marie-Thérèse chaque fois qu'elle veut y entrer ».

Or, c'est un fait bien connu qu'à tout mysticisme pathologique s'associe un élément érotique. A cette règle, Marie-Thérèse ne

(1) Sur les possédés de Loudun, voir Henri BRÉMOND, *Histoire littéraire du sentiment religieux*. T. V : La conquête mystique. *Les diables de Loudun*, par Aldous HUXLEY, 1953. — Sur Marthe Brossier, J. LHERMITTE, in *La Belle Acarie*, par le R.P. BRUNO, Desclée de Brouwer, 1942, et J. LHERMITTE, in *Satan*, 1 vol., Desclée de Brouwer, 1948.

(2) Voir GISCARD. — *Loc. cit.*

déroge pas. Notre héroïne avait connu un brillant officier qu'elle admirait fort, mais, nous conte l'exorciste, « le diable sut profiter de cette amitié de jeunesse pour tenter Marie-Thérèse contre son *vœu de virginité* ». Un jour, donc, Satan prit la forme et très exactement tous les dehors de ce beau cavalier. En grand uniforme militaire, il vint se présenter à la « gineste » et demanda Marie-Thérèse. L'exorciste se trouvait alors dans son bureau quand Marie-Thérèse entra brusquement, en proie à la plus intense émotion et désignant le salon : « J'y entrai, poursuit le témoin, il n'y avait personne, mais il était empli d'un épais tourbillon de fumée jaune qui montait vers le plafond. »

Marie-Thérèse expliqua alors qu'elle venait d'échapper à une dangereuse entreprise du démon, sous la forme de son ancien prétendant dont il avait pris l'aspect et les manières parfaitement correctes. Il tâcha de la toucher au cœur par son chagrin d'amour et la pressa de consentir enfin à l'épouser. Mais voyant qu'il perdait son temps, il devint tout à coup brutal et menaça de l'enlever de force. A cette violence Marie-Thérèse le reconnut, et avec l'aide de l'ange qui la gardait réussit à lui échapper.

Mais l'histoire de Marie-Thérèse s'enrichit de faits encore bien plus extravagants. Le démon qui s'acharne, on ne sait pourquoi, sur cette innocente victime, place des épingles dans le verre d'eau de Marie-Thérèse ; celle-ci en avale une, qui « voyageant dans les organes s'arrêtera au côté gauche, déterminant un abcès qui souvent enflammé par les coups du démon, produira, pendant sept mois, une douleur constante et parfois très aiguë. C'est seulement le 15 août, à Paris, que la Sainte Vierge guérit l'abcès qui se guérit dans une abondante hémorragie. Le même soir, Marie-Thérèse retrouva dans son lit l'épingle tout ensanglantée ». Une autre fois, « voici que le verre d'eau devient un verre d'encre ». Mais notre étonnement ne cesse de croître quand nous apprenons que, au cours d'un exorcisme, le démon répondit à Monseigneur (l'exorciste) que ces épingles, il les avait prises chez Tambon, géomètre, qui habitait près du terminus du tramway à Château-Gombert.

Tout ceci est déjà bien troublant, mais MM. P. Giscard (1) et Ch. Grimbert (2) nous proposent une preuve plus tangible encore de la réalité du personnage que Marie-Thérèse nous présente comme l'incarnation du démon : le ficelage du corps de Marie-

(1) Pierre GISCARD. — *Mystique ou hystérie*, *loc. cit.*

(2) Ch. GRIMBERT. — *Mystiques et faux mystiques. La pensée catholique*, juin 1953.

Thérèse, le 18 janvier, à Béthanie, et le verre d'eau de menthe, changé en un verre d'encre. Les détails importent peu, écrit M. Ch. Grimbert, ce qui est considérable, c'est que de tels faits soient associés à une sincérité d'attitude bien établie.

Nous n'en finirions pas s'il nous fallait retracer les phénomènes extraordinaires dont notre héroïne fut l'objet : sentiment de présence matérielle, « lorsque Jésus lui fit sentir distinctement sa présence entre le lit et le mur, comme s'il s'était tenu là un peu élevé », hallucinations visuelles de Jésus-Christ, « de la Sainte Vierge, toute de blanc vêtue avec une ceinture bleue et un voile blanc, qui lui parle avec tristesse de l'état de la France et de son ingratitude envers Dieu » (1), transformation visible de l'hostie en Jésus sous la forme d'un petit enfant, enfin apparition des « stigmates » pectoraux, tantôt sous forme d'une croix, tantôt en forme d'hosties se fondant l'une dans l'autre, disparaissant parfois. M. Giscard, qui n'a pas connu ni jamais examiné Marie-Thérèse Noblet, n'hésite pas à émettre l'hypothèse qu'il pourrait bien exister un lien de causalité entre une stigmatisation interne au *niveau du cœur (sic)* et ces crachements de sang. En vérité, pour reprendre l'expression de Bossuet : « Ces choses seraient plaisantes si l'on n'y mettait tant de sérieux », ou si elles étaient peintes par un Jacques de Voragine.

Mais aujourd'hui, est-ce bien nécessaire de rappeler que précisément ce ficelage corporel, ces transmutations d'eau en encre, cette incorporation d'épingles dans un liquide, comptent parmi les tours ou les trucs les plus élémentaires de tout prestidigitateur, enfin qu'il n'est aucun mystique authentique qui n'ait formellement rejeté ces *unions sensibles*, ces hallucinations corporelles auxquelles s'ajoutent des auditions de même nature, dont le contenu se montre la répétition de ce qui a été dit bien des fois.

Marie-Thérèse, par exemple, ne fait que répéter, presque mot pour mot, ce qu'avait raconté Mélanie à la Salette, et sa description de l'apparition de la Sainte Vierge est la copie de la vision de sainte Bernadette.

On nous excusera de n'aller point plus avant dans le récit d'une histoire aussi riche en merveilleux événements. Devant de telles fables, la critique est désarmée.

Sans doute, si Marie-Thérèse Noblet ne peut être tenue pour une mystique, rien n'interdit de la considérer, de par son œuvre

(1) P. GISCARD. — *Loc. cit.*

missionnaire, comme une sainte fille aux prises avec une névrose qui la tourmenta et l'affligea, semble-t-il, jusqu'à sa mort.

Comme nous l'écrivions : « Malgré les désordres nerveux que nous savons, Marie-Thérèse Noblet possède à son actif une belle carrière missionnaire. De cette vie accidentée, c'est cela seul que nous retenons et devant quoi nous nous inclinons avec respect. »

Remarquons-le, le cas de Marie-Thérèse Noblet est très loin d'être isolé; il s'insère même dans une catégorie aux contours bien précis et dont le contenu est fait du mélange de qualités spirituel-indéniables et de déviations singulières de la conduite.

L'étrange est que ce qui retient surtout une opinion insuffisamment avertie se limite aux manifestations extérieures, singulières ou même extraordinaire que peuvent présenter tel et tel personnage; et que, d'autre part, l'on considère ces phénomènes, à cause de leurs caractères insolites, comme le témoignage certain, objectif, d'un état surnaturel. Or, ce qui conduit à ce jugement, ou mieux à cette croyance, c'est que quelques mystiques de la qualité la plus élevée n'ont pas toujours été épargnés par des manifestations qui se rapprochent de celles qui spécifient un état névropathique.

Cette donnée de fait étant reconnue, les termes du problème qu'il faut aborder répondent à une double exigence : en premier lieu, les phénomènes qui donnent à la vie mystique un relief saisissant et mystérieux répondent-ils à un processus naturel, psycho-physiologique; en second lieu, en admettant la réalité de ce mécanisme supposé, est-il possible de découvrir à sa source l'action même de Dieu?

Pour ce qui est de la réponse à fournir à cette dernière instance, c'est-à-dire à l'information de ce qui doit être, ou peut être considéré comme une marque divine, ce n'est pas au médecin d'en décider, mais au théologien. Cependant, si le médecin ne possède pas la compétence suffisante pour appliquer les critères nécessaires au discernement du surnaturel, il lui est possible d'éclairer le jugement du théologien en faisant voir que certaines manifestations, si elles peuvent avoir Dieu pour auteur, correspondent à des mécanismes qui, déjà, ont été observés en dehors de l'expérience mystique. Il en est ainsi des visions, des auditions, des intuitions, des extases, des ravissements, des effusions sanglantes (en dehors des stigmates). « Il est bien entendu, écrit dans le chapitre introductif au VII^e Congrès international d'Avon, le R.P. Philippe de la Trinité (1), que la vie mystique ne comporte

(1) R.P. PHILIPPE DE LA TRINITÉ. — Amour mystique et chasteté parfaite, in *Mystique et continence*, 1 vol., 1952, Desclée de Brouwer.

essentiellement *aucun phénomène extraordinaire* (lévitation, extase, transverbération). »

Mais loin de considérer que ces phénomènes ressortissent dans tous les cas à la pathologie ou encore de penser que toute hallucination soit un symptôme d'aliénation mentale, nous n'avons cessé de répéter qu'un halluciné n'est pas nécessairement un aliéné, mais un halluciné ; que si la perception sans objet répond à un fait qu'il n'est pas donné à chacun d'éprouver, elle se dévoile très souvent épisodique sans nul retentissement sur la conduite et l'équilibre de l'esprit. Combien de noms me viennent à la plume qui en porteraient témoignage, depuis Goethe jusqu'à Hippolyte Taine, en passant par Musset, d'Annunzio, Edgar Allan Poe, Anatole France, et tant d'autres auxquels manque le génie. Bien plus, les paroxysmes de l'épilepsie qui ont affligé la vie de certains personnages comme Gustave Flaubert et Dostoïewsky auquel nous devons une description extraordinairement vivante des crises d'épilepsie psychique, n'ont pas porté atteinte à leur génie et, peut-être même, l'ont alimenté et stimulé.

Aussi avons-nous été plus que surpris de lire, sous la plume de M. H. Baruk (1), que « si l'on admet les critères de M. J. Lhermitte, on sera obligé de conclure que Jeanne d'Arc, sainte Bernadette et qu'un nombre considérable d'autres mystiques n'étaient que des fausses mystiques » ; enfin « que la conception de J. Lhermitte aboutit à ranger l'immense majorité des mystiques dans la catégorie des malades mentaux ».

Si l'exposé que j'ai donné des problèmes de la vie mystique avait permis d'imaginer l'hypothèse d'une si grossière erreur de jugement, « Vrais et faux mystiques » n'eût jamais été investi de l'imprimatur. Aussi bien, M. H. Baruk choisit mal ses exemples : Bernadette Soubirous est une sainte mais non une mystique.

Il est plus difficile de pardonner à M. H. Baruk son manque d'information relative à la mystique en général et à la mystique chrétienne en particulier. Si M. H. Baruk avait lu les ouvrages, non pas même des grands mystiques, mais simplement de ceux qui ont été rédigés par des maîtres très indépendants de la religion chrétienne, J. Baruzzi, H. Bergson, H. Delacroix, R. Bastide, Aergaeter, notre contradicteur n'aurait pas confondu sainte Thérèse de Jésus d'Avila, avec sainte Thérèse de l'Enfant Jésus (de Lisieux), et attribué inconsidérément à ma plume le nom de

(1) H. BARUK, J. LAUNAY et J. ROLAND. — Contribution à la psychopathologie des mystiques. *Annales médico-psychologiques*, juin 1953, t. II, n° 1, p. 1.

sainte Thérèse de l'Enfant Jésus, alors que je n'ai évoqué que la grande mystique espagnole, l'auteur des Fondations, des Relations, du Château de l'âme, de sa Vie. En dehors de la robe de bure carmélitaine dont toutes deux étaient revêtues, et de la plénitude de leur foi, tout les oppose : sainte Thérèse de Jésus (d'Avila), la fondatrice de tant de monastères, l'analyste le plus profond de l'âme mystique, l'un des écrivains les plus remarquables de son temps, le cœur le plus brûlant d'amour pour son Dieu, dont la devise était : *Sine amor todo e nada*, et en même temps l'esprit le plus réaliste ; sainte Thérèse de l'Enfant Jésus (de Lisieux), lys immaculé éclos au jardin mystique dont l'existence tout unie n'a été colorée par aucun fait remarquable. « Elle n'opère aucun miracle, écrit son biographe (1) ; pendant son existence, elle ne fut affectée d'aucun ravissement proprement dit. Dans l'examen de sa vie, nous n'avons constaté, dès son entrée au couvent, aucune vision, aucune extase, même aucune ligature des facultés : jamais la contemplation ne semble avoir paralysé ses membres, suspendu l'usage de ses sens ; jamais son corps n'a été élevé au-dessus de terre, comme il arriva tant de fois pour sainte Thérèse de Jésus ; jamais elle n'a vu notre Seigneur ou ses saints lui apparaître. » Elle n'a fait que suivre la voie d'enfance spirituelle.

Mais, aussi bien sainte Thérèse de Jésus (d'Avila), que sainte Thérèse de l'Enfant Jésus (de Lisieux), ont repoussé tout ce qui sourd des profondeurs de l'humaine nature, tous les phénomènes corporels auxquels il serait tentant de se complaire : « L'âme ne doit faire aucun cas de ces paroles (ou visions) formelles », écrit sainte Thérèse d'Avila. Et, à l'exemple de saint Jean de la Croix, l'auteur des Relations ne cesse de réprouver « ces paroles qui sont comme des pensées communiquées à l'esprit sous la forme d'une réponse ou autrement, comme si on lui parlait... ; tout se passe comme si une personne s'entretenait avec une autre personne. » Et pour ne laisser place à aucun doute sur la nature de ce soliloque intime, saint Jean de la Croix écrit : « L'âme qui en est là ne pourra jamais se persuader que ces mots et ces paroles ne lui viennent pas d'une tierce personne, car elle ne sait pas avec quelle facilité l'entendement peut de lui-même former des paroles sur les pensées et les vérités qui lui sont communiquées par une tierce personne. »

Encore une fois, on ne prétend pas que visions, auditions, extases, ravissements, soient, dans tous les cas, l'expression d'une

(1) R.P. PETITOT. — *Sœur Thérèse de l'Enfant Jésus*, 1 vol.

pure et simple activité psycho-physiologique et encore bien moins le témoignage d'un processus pathologique. En suivant l'enseignement des plus grands mystiques, nous écrivions : « Nous ne doutons pas que des manifestations extérieures impressionnantes, que des visions, des auditions, des intellections puissent découler d'une source surnaturelle et apparaître divines dans leur cause première », ce que nous entendons soutenir encore une fois, c'est qu'aucun de ces phénomènes ne peuvent être entendus comme nécessairement, obligatoirement, d'ordre surnaturel.

L'essence de la vie mystique est chose plus subtile, moins facilement définissable que les états de conscience que nous expérimentons au cours de nos méditations ; l'esprit du mystique transcende l'univers verbal pour pénétrer dans un monde où se trouvent confondus le moi et son objet : Dieu. Et tout de même qu'il est impossible de faire apprécier la saveur d'un fruit ou l'odeur d'un parfum sans faire appel au goût ou à l'odorat, de même il est impossible de faire saisir ce que peut être l'union mystique à qui ne l'a jamais effleurée.

Parvenue au terme de son ascension spirituelle, écrit un mystique d'Orient, « l'âme prie en dehors de la prière », la conscience personnelle s'étant atténuée ou dissoute, « le mystique délivré de ses peines et de ses attaches au monde est pénétré du sentiment de vivre en Dieu, d'être divinisé dans tout son être et de n'être plus dans tous ses actes qu'un instrument divin » (H. Delacroix) (1).

Ainsi que nous l'avons rappelé, les caractères, disons même, l'essence de la vie mystique, se retrouvent dans les milieux et les temps les plus divers. C'est pourquoi il nous a paru d'intérêt d'analyser en détail l'ouvrage que son auteur nous a adressé et qui concerne le « Journal » de Joseph Caro (1488-1575).

Le rabbi J. Caro mérite-t-il d'être compté parmi les mystiques ou simplement doit-il être considéré comme un très savant et vénérable personnage dont la vie est digne de respect et même d'admiration.

Tel est le problème que le livre de M. Hirsch Loeb-Gordon propose à ses lecteurs (2).

Encore une fois, nous nous garderons de nous aventurer dans les dédales de la théologie juive comme nous nous sommes refusé

(1) H. DELACROIX. — *Les grands mystiques chrétiens*, 1 vol., 1938.

(2) Jean LHERMITTE. — Le Maggid de Joseph Caro. *Encéphale*, 1952, n° 4, p. 361-378.

à discuter les conclusions de la théologie chrétienne, car nous tenons en laissant leur part aussi bien au théologien qu'au rabbi, à juger, en médecin, un cas concret : celui de Joseph Caro.

Très savant commentateur de la Loi, J. Caro, qui succomba en 1575 à l'âge de 87 ans, laissa un opuscule intitulé : *Sefer Maggid Mesharim*, dans lequel l'auteur expose, non pas des idées ou des impressions personnelles, mais la reproduction de discours que lui aurait tenus, pendant de longues années, un invisible esprit, le Maggid.

Par quel truchement, ce mystérieux mentor communiquait-il avec son disciple Joseph Caro ? C'est au cœur de la nuit ou à l'aube, tandis que Caro déchiffrait quelque chapitre du Talmud, de la Bible ou d'un code que l'esprit du Maggid s'introduisait dans sa bouche pour lui insuffler des paroles concises et fortes que Caro articulait par sa langue et ses lèvres. « Je suis la Mishnah, disait la voix. Tu dois savoir, murmurait cette voix douce du Maggid, que je suis moi-même l'âme de la Mishnah, et la Mishnah et moi, nous sommes un... Que mes mots demeurent bien distincts dans ta bouche ; ne tremble pas en les prononçant. Je m'adonne moi-même des plus beaux ornements, tandis que tu récites chaque jour mes prières. »

Et pour ne laisser aucun doute sur la nature de ce langage, J. Caro écrit ce que lui dicte l'invisible esprit : « Lorsque tu sombres dans quelque somnolence après une méditation sur la Mishnah, sept de mes mots te réveilleront, et quand tu seras réveillé, Mishnah parlera par ta bouche et tes lèvres vibreront. » « Je suis venu, lui dit un jour l'esprit Maggid, pour me réjouir avec toi et parler par ta bouche, non pas comme dans un rêve, mais comme un compagnon parle à un compagnon. »

Une autre fois, tandis que J. Caro fatigué se reprochait de n'avoir pas su résister au sommeil, une voix commença de résonner dans sa bouche en chantant son propre accord : « Le Seigneur est avec toi. Tu vois toi-même que tu me parles comme à un égal. Il n'est aucun mortel qui, dans maintes générations, ait été gratifié d'une telle faveur. »

Il convient de remarquer, car ce détail éclaire singulièrement le mécanisme dont joue l'esprit du Maggid, que parfois la voix du conseiller mystérieux se faisait hésitante ou s'exprimait en courtes sentences indéfiniment répétées à la manière de la parole en écho de Brissaud, ou des palilalies, ou encore des « scies verbales » de G. de Clérambault : « Attention ceci est le secret... Attention ceci est le secret... Tu dois savoir..., tu dois savoir..., tu

dois... » Et cette obsédante ritournelle se poursuivait parfois pendant plus d'une heure.

Redisons-le, non seulement J. Caro entendait distinctement les mots que lui dictait le Maggid, mais il était contraint de les articuler.

Davantage, J. Caro confesse que la voix de l'esprit mystérieux lui est parfois transmise « par les vibrations d'une lyre » probablement suspendue au-dessus de son lit, suggère H.-L. Gordon qui rapporte que Simon le Pieux écrit dans le Talmud qu'une lyre suspendue au-dessus du lit du roi David vibrait au souffle du vent du Nord, ce qui le réveillait et l'engageait à lire la Torah jusqu'à l'apparition de l'étoile du matin.

« Fais attention », susurre l'esprit Maggid à l'oreille intérieure de Caro, la lyre joue d'elle-même et elle dit : « Parfois je commente un verset de la Bible incorrectement parce que je fais écho à tes propres pensées. »

Si les communications du Maggid se font fréquemment sur le même thème, il est cependant possible de saisir le mouvement qui anime les pensées, les suggestions que livre l'esprit invisible, et, dans une certaine mesure, on peut parler de « l'ascension » de Joseph Caro.

Après avoir insufflé à son disciple des préceptes d'humilité qui ne seraient pas déplacés dans un chapitre de l'Imitation de Jésus-Christ, tels que : « Mon fils, si tu entends la louange des hommes, attriste-toi plutôt et songe au jour de ta mort. » Et encore : « Détourne-toi des plaisirs du monde. Laisse ton cœur méditer sans cesse les préceptes de la Torah sans t'arrêter, même pendant tes repas. »

Après quelques réprimandes, voici que le Maggid lui apporte des paroles de consolation et d'espoir : « Tu es ma Tanna, tu es mon compilateur, mon commentateur, le maître de la Terre Sainte (le directeur spirituel de tout Israël), la sainte image du roi. »

Puis, les salutations se font plus révérentielles et le Maggid lui fait entendre et prononcer ces mots : « L'Unique Saint, qu'il soit béni, et la céleste Académie tout entière t'envoient une salutation. »

Oui, grâce à sa piété, à l'approfondissement de l'enseignement contenu dans la Bible, la Torah et la Mishnah, le rabbi Joseph Caro mérite d'être appelé un Zaddik d'un rang très élevé.

Où que tu ailles par les rues, lui souffle le Maggid, « tu seras accompagné par mes sept mondes et escorté par leurs hôtes qui

proclameront : Rendez votre hommage à l'image sacrée de Dieu. Faites place à la sainte image du roi, car il est notre Tanna, notre Amora, notre Sabarra ».

Le « Journal » de Joseph Caro nous révèle encore que le Maggid met notre héros souvent en garde contre les faiblesses et les tentations de la chair. Même dans l'état de mariage, qu'il évite toute satisfaction purement sensuelle, lui dit le Maggid, qui précise : « Si tu t'abstiens de cette joie en ce monde, comme je te l'ai déjà indiqué, et que tu te sanctifies dans un coït pratiqué à la manière d'Éliézer, qui dans le coït éprouvait l'impression d'être poussé par le démon, tu deviendras digne de recevoir du jardin de l'Eden une âme sainte pour ton fils à venir, lequel sera lui-même un grand sage et un homme pieux. »

Enfin, dernier et suprême honneur à un rabbi dont toute la vie fut imprégnée des idées les plus élevées et qui se montra l'exemple d'un infatigable lecteur des Codes et de la Loi, le Maggid révèle à Joseph Caro qu'il sera digne d'être brûlé pour la sanctification de l'Eternel : « Tu seras consumé pour la sanctification de mon nom et l'odeur de ta fumée sera semblable à un encens parfumé. »

Tel est, réduit à ses lignes essentielles, le contenu du « Journal » qu'a rédigé, pendant de longues années, J. Caro. Quel enseignement peut en tirer le médecin ?

Et d'abord, le psychiatre est-il qualifié pour donner un avis sur un cas de ce genre ? La réponse ne peut être douteuse, car les phénomènes qui ont si vivement frappé l'attention des commentateurs critiques du *Sefer Maggid Mesharim*, le neuro-psychiatre les connaît bien, puisqu'il s'agit d'un langage autophonétique automatique, ipsedixital, c'est-à-dire d'hallucinations du langage, de cette modalité d'hallucinations, dont l'analyse a été faite si profondément en France par Jules Séglas, O. Lagache, H. Ey et Henri Claude, Raoul Mourgue, G. de Clérambault, Ceillier, pour ne citer que quelques noms représentatifs. Que ce langage autophonétique soit sous-tendu par une activité psycho-physiologique, qui pourrait en douter ? D'autre part, que ce mécanisme ne comporte en soi aucun élément surnaturel, il est également aisé de le faire voir. Ainsi que M. Baruk le souligne avec pertinence après avoir rappelé l'épithaphe inscrite sur le tombeau de J. Caro à Safed (Comme te l'a promis le Seigneur [que son nom soit béni] par l'intermédiaire de ce saint Maggid que tu as créé à la lumière de la Torah même), Joseph Caro a bien réellement créé son Maggid à la lumière de la Torah. C'est à cette conclusion que

nous étions parvenu lorsque nous écrivions que tout le secret du Maggid tient dans ce langage autophonétique, lequel apparaît comme l'automatisation d'une parole intérieure libérée du sentiment d'appartenance, d'une part, et, d'autre part, la révélation de tendances, d'idées, de sentiments et de passions d'un subconscient d'autant plus abondant que le « percevant » fut toute sa vie dominé par la recherche toujours reprise des mystères contenus dans les livres sacrés.

« Les paroles du Maggid expriment très souvent, écrit M. Baruk, le fonds même de la personnalité de Caro, ses pensées intimes, ses craintes, ses ambitions, en un mot ce que nous avons désigné sous le nom de " personnalité profonde ". »

En vérité, J. Caro ne s'est pas trompé lorsqu'il a entendu cette voix mystérieuse transmise par une lyre lui faire cette révélation : « Je suis l'écho de tes propres pensées. »

Jusqu'à ce point, si nous ne nous abusons, la conclusion de M. H. Baruk reste celle à laquelle l'étude de l'ouvrage de M. H.-L. Gordon nous avait amené. En définitive, la conduite de Joseph Caro peut trouver une explication purement rationnelle et son interprétation n'impose nullement l'intervention de forces ou de puissances indépendantes de la nature humaine.

Il est donc légitime de rejeter comme nous l'avons fait, le héros du Maggid, malgré toute la sainteté qu'on peut lui accorder, en dehors du groupe des mystiques authentiques, puisque, par sa définition même, la vie mystique est un état dans lequel l'âme devient unie à Dieu par des liens que la nature seule n'explique pas.

L'expérience mystique constitue un mode de connaissance expérimentale qui ne décrit pas l'objet de ses recherches, mais s'efforce de le posséder dans son essence même. Nous sommes ici très loin de la conduite de J. Caro.

Aussi bien, malgré une apparence contraire, la conclusion qui se dégage de la discussion à laquelle s'est livré M. H. Baruk ne s'éloigne guère de celle à laquelle nous avait conduit la lecture de l'ouvrage de H. Loeb-Gordon.

« Replié sur lui-même, le mystique ésotérique, écrit M. Baruk, en l'opposant au mystique d'action, plongé dans la méditation, la contention, le détachement de l'âme, dans une attente vers les communications d'un idéal céleste, il attend ce message, et parfois ce message prend la forme hallucinatoire, comme J. Caro nous en fournit un exemple du plus haut intérêt. » Nous n'avons pas dit autre chose en montrant que le Maggid de Caro n'était, en

réalité, que l'écho de la propre pensée du percevant, ainsi qu'il le lui fut révélé.

Or, je m'excuse de le redire encore, le vrai mystique répudie formellement tout ce qui peut être regardé comme le reflet et, *a fortiori*, comme l'écho de sa propre pensée. Les intuitions, les sentiments que l'âme mystique reçoit dérivent, et c'est là leur caractère spécifique, d'une autre source et ne se formulent pas à la manière des conversations tenues par le Maggid.

Ainsi que le remarque fort justement Georges Dumas (1) : « La grande différence qui sépare le surnaturel pathologique, et le divin religieux, c'est d'être un divin créé par un individu pour son usage personnel et non le divin d'un groupe plus ou moins étendu. L'égotisme du malade lui interdit de penser pour un groupe. » L'amour mystique, au contraire, s'enveloppe d'un rayonnement extraordinaire et les grands mystiques ont bouleversé le monde.

Oserai-je dire que M. H. Baruk joue sur les mots lorsqu'il a l'air de sous-entendre que je considère J. Caro comme un aliéné parce que le langage du Maggid, Caro ne le reconnaissait pas pour sien, alors qu'il l'était bien en réalité, et qu'il se trouvait en quelque sorte « dépossédé », que son langage lui était « aliéné ». On ne peut voir ici que l'explication du phénomène singulier dont J. Caro était l'objet, de ce Caro pour lequel nous avons écarté le diagnostic de maladie mentale.

Nous écrivions : « Que J. Caro ne fût point atteint d'une grave maladie mentale, il est difficile d'en douter. La vie de cet homme pieux, dont toute l'existence fut consacrée à l'édification du prochain, ajoutons même, dont la conduite ne donna lieu à aucune singularité extérieure, tout, en vérité, s'inscrit contre la supposition d'une aliénation authentique de l'esprit. » Mais si Joseph Caro ne fut, comme certains commentateurs du « Journal » l'ont estimé, ni un « fou », ni un aliéné, nous sommes bien obligés de le tenir pour un halluciné dans tout le sens du terme, puisqu'il entendait la voix d'un mystérieux esprit, le Maggid, dont il allait jusqu'à articuler les paroles.

Si J. Caro avait pensé que les mots qu'il croyait percevoir n'étaient que le produit d'un automatisme psycho-physiologique, ce rabbi, si versé dans les Ecritures, n'eût pas consigné avec tant de soin, dans un journal tenu pendant de longues années, des

(1) G. DUMAS. — *Le surnaturel et les dieux*, 1 vol., Presses Universitaires, 1946.

productions qui ne sont que le reflet de ses lectures et qui ne comportent aucune nouveauté.

Or, cet automatisme psycho-physiologique, en trouvons-nous la correspondance dans quelque manifestation pathologique ? C'est cette question que nous nous sommes posée en gardant dans l'esprit l'enseignement que nous tenons de notre maître Ernest Dupré : savoir que la pathologie mentale ne crée rien d'absolument nouveau, qu'elle grossit seulement sans mesure des phénomènes dont nous découvrons l'ébauche chez un très grand nombre de sujets, que nous tenons pour normaux.

Sans doute, le cas de J. Caro ne doit pas être assimilé à la psychose hallucinatoire chronique, mais ne peut-on pas rapprocher ce langage autophonétique ou ipsedixital de l'automatisme verbal que nous surprenons chez certains sujets ?

Ne connaissons-nous pas des formes mineures de ce curieux phénomène, en particulier chez les sujets qui se livrent aux pratiques du spiritisme ? Eux aussi répondent au type que M. Baruk désigne du terme de mystique ésotérique : repliés sur eux-mêmes..., dans une attente des communications d'un idéal céleste, ils attendent ces messages et parfois ces messages prennent la forme hallucinatoire. Abandonnant à certains moments le monde de la réalité, le sujet devient un « médium parlant » (J. Séglas), ou une « tête parlante ». J'ai rapporté, ailleurs (1), un exemple de ce phénomène qui m'a été conté par une personne inconnue dans une lettre dont voici l'essentiel :

« Ayant lu votre livre : *Les mécanismes du cerveau*, je me permets de vous signaler les troubles cérébraux et nerveux assez particuliers auxquels je suis sujette depuis plus d'un an après avoir fait du spiritisme.

« Des amis m'avaient montré comment parler aux esprits au moyen d'un cadran sur lequel étaient inscrits les lettres et les chiffres. On arrivait à former des mots en pointant chaque lettre au moyen d'une flèche inscrite sur une petite soucoupe sur laquelle on posait la main. On se mettait à plusieurs pour faire marcher la soucoupe, et cela formait des phrases qui étaient les réponses des « esprits » à nos questions.

« J'ai eu la malencontreuse idée de faire ce spiritisme seule, et cela a très bien marché pour moi... J'ai continué ce jeu assez longtemps et en dernier lieu, je me suis dit : Puisque j'ai suffisamment de magnétisme pour faire marcher la soucoupe, pourquoi ne ferais-je pas marcher un

(1) J. LHERMITTE. — *Les hallucinations*, 1 vol., Doin, 1951, p. 224.

crayon ? Et cela a admirablement marché..., jusqu'au jour où je suis devenue médium, c'est-à-dire avec une « tête parlante ». L'année dernière, lorsque les conversations ont commencé, elles ont été continuellement chantantes pendant environ trois mois ».

J'ignore l'identité de cette personne qui s'est livrée ainsi à une malencontreuse expérience de spiritisme, mais la personnalité de Mme Marcelle de Jouvenel est bien connue. Sur les conseils d'une amie, Marcelle de Jouvenel, après maints refus, consentit un jour à prendre un crayon et à laisser écrire sa main. Or, c'est à cette main devenue automatique, que nous devons deux livres intitulés : *Au diapason du ciel* et *Quand les sources chantent*, où figurent les textes dictés à l'auteur par son fils Roland, décédé dans sa quinzième année (1).

Nous nous garderons de commenter ces livres, émouvants par la piété maternelle dont ils sont imprégnés, et que M. Gabriel Marcel qui, lui aussi, est un adepte du « oui-ja » n'a pas hésité à préfacier. Mais on ne peut s'empêcher de rapprocher les messages célestes que rapporte l'auteur du *Diapason du ciel* de ceux que reçut notre correspondante anonyme ainsi que des admonestations qu'adressa pendant si longtemps le mystérieux esprit Maggid à Joseph Caro (2).

Nous le redisons encore, J. Caro n'est pas un aliéné, mais bien un halluciné. Et nous avons répété trop de fois que les perturbations des perceptions et des sensations ne sont que des phénomènes fort capables de s'insérer dans le cours d'une vie en apparence normale. Il n'empêche que l'hallucination dont M. Baruk ne nie pas la réalité chez Joseph Caro, répond à un mécanisme psycho-physiologique naturel pour lequel il n'est nul besoin de faire appel à des forces, à des puissances qui dépassent la nature ou se situent en dehors de celle-ci.

(1) Marcelle DE JOUVENEL. — *L'invisible et le réel*. Préface de Gabriel Marcel, 2 vol., édit. La Colombe, 1950.

(2) Ce n'est pourtant pas à cette conclusion que se sont rattachés les psychiatres, dont H. L. Gordon a sollicité le jugement. Ainsi, selon L. Bolak, certaines manifestations donneraient à penser à quelque mécanisme névrotique du type hystérique ; d'après A. Brill, Caro s'inscrirait dans le groupe des schizoïdes ; selon A. Castiglioni, le Maggid pourrait être regardé comme l'identification d'une conscience pénétrée de désirs refoulés. Peut-être même ses confessions permettent-elles de supposer qu'à de certains moments Caro voulait se donner l'illusion d'une personnalité féminine puisque le Maggid lui avait révélé que la femme avec laquelle il avait des relations sexuelles avait été dans une vie antérieure, un garçon. M. Baruk, trop généreusement, nous attribue cette interprétation freudienne qui n'est pas nôtre, et dont il ne faut pas déposséder, ce dont nous n'avons eu garde, les commentateurs de l'ouvrage de H. L. Gordon.

Or, c'est précisément ce *nexus*, ce lien mystérieux qui relie le mystique authentique à « l'inconnaissable », diront les agnostiques, à Dieu diront les croyants, qui forme la marque du vrai mystique. Et c'est pourquoi il est essentiel, comme tous les théoriciens de la mystique l'ont souligné avec force, d'étudier, non pas seulement les phénomènes dont l'apparence saisit l'imagination, mais le contenu des révélations des intuitions de ce langage intérieur dont la vie se dévoile chez certains si extraordinairement intense.

Que nous apprend l'histoire des religions ? En premier lieu, ceci : que les grands mystiques ont bouleversé le monde par la flamme intérieure dont ils se montraient consumés, par la nouveauté des idées qu'ils ont semées ainsi que par leur action.

Faut-il rappeler les noms de Saül, devenu saint Paul, qui proclamait : « Ce n'est pas moi qui vis, c'est le Christ qui vit en moi » ; de sainte Thérèse de Jésus (d'Avila) ; de saint Jean de la Croix ; de sainte Jeanne d'Arc ; de saint Ignace (de Loyola).

Dois-je évoquer encore quel bouleversement total fut la conséquence de l'illumination mystique qui saisit Pascal en cette nuit du 23 novembre 1654 et dont porte témoignage le « Mémorial ».

Feu.

« Dieu d'Abraham, Dieu d'Isaac, Dieu de Jacob », non des philosophes et des savants.

Certitude, certitude. Sentiment. Joie. Paix. Dieu de Jésus-Christ.

Ton Dieu sera mon Dieu. Oubli du monde et de tout, hormis Dieu.

.....

Père juste, le monde ne t'a point connu, mais je t'ai connu.

Joie, joie, pleurs de joie.

Ce tableau dramatique d'un envol mystique contraste violemment avec le langage autophonétique d'une « tête parlante ». Le sentiment exaltant de certitude qui ravissait aux préoccupations humaines Blaise Pascal, entraîna une transformation complète de sa vie ; le mémoire de Joseph Caro, de ce très respectable commentateur de la Loi et des Codes, n'est qu'une manifestation de narcissisme intellectuel qui reste un fait psycho-physiologique, certes, d'un grand intérêt, mais qui ne comporte aucun trait significatif de la vie mystique.

En vérité, si le « Journal » de J. Caro ajoute au pittoresque d'une vie consacrée à l'étude des Livres sacrés, cet écrit ne grandit pas le héros du Maggid qui eût mérité tout autant l'admira-

tion et la vénération même des croyants en Israël, si son œuvre eût été limitée aux commentaires des textes sacrés.

Les illuminations, les intuitions de la mystique divine ravissent l'esprit en l'absorbant en Dieu, la voix du Maggid ne fait que répéter les sentiments et les pensées de la personnalité profonde, c'est-à-dire du subconscient d'un être humain, trop humain.

« Le mysticisme complet, écrit Henri Bergson, est, en effet, celui des grands mystiques chrétiens. Un immense courant de vie les a ressaisis : de leur vitalité accrue, s'est dégagée une énergie, une audace, une puissance de conception et de réalisation extraordinaires. Car l'amour qui les consume n'est plus seulement l'amour d'un homme pour Dieu, c'est l'amour de Dieu pour tous les hommes.

« A travers Dieu, par Dieu, il aime toute l'humanité d'un divin amour. » (1).

(1) Henri BERGSON. — *Les deux sources de la morale et de la religion*, 1 vol., Alcan, pp. 243-249.

PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, RELATIONS AVEC LE MALADE ET LE GRAND PUBLIC

PAR

E. MINKOWSKI

Le Docteur J.-R. Debray, secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins, présentait au mois de février, à l'Académie des sciences morales et politiques, une communication sous le titre : « La médecine et l'information du public ». Cette communication paraissait dans le numéro d'avril de « Médecine de France ». Les moyens d'information sont en effet, de nos jours, si puissants et si rapides, que l'interpénétration, par cette voie, médecin-public, devient particulièrement étroite, dense et trépidante, à l'excès souvent. Autant une vulgarisation bien conçue est appelée à rendre service, autant une intempestive propagande publicitaire, faite d'ailleurs en dehors d'habitudes du corps médical, peut présenter de graves dangers. Avantages incontestables, mais aussi sérieux écueils. M. H. Baruk, dans son ouvrage récent : « La désorganisation de la personnalité » (Presses universitaires de France, 1952), attirait également l'attention sur les dangers que présente une propagande de cet ordre. La question est à l'ordre du jour.

Le psychiatre, davantage encore peut-être que tout autre, doit se pencher sur cette question. Si la médecine se fonde sur l'étude des maladies et par la suite met au point les traitements, et aussi les mesures de prévention, la psychiatrie, en dehors de cette ligne générale, touche à tant de problèmes que la vie pose, qu'elle se trouve encore plus intimement mêlée à cette vie que les autres branches de la médecine. Propager telle ou telle autre découverte, mettre le public en garde contre tel ou tel autre danger et répandre des notions ayant trait à la vie mentale du

sujet, c'est-à-dire soulever des questions qui, sur ce plan, se trouvent sur son chemin presque quotidiennement, quant à sa propre personne ainsi qu'à ses relations avec ses proches et ses semblables, présentent deux ordres de faits différents.

Après une longue carrière déjà, on éprouve le besoin de se pencher sur ce que la vie a pu vous enseigner sur ce sujet. Nous relisons à cette occasion notre mémoire : « A propos de l'hygiène mentale », paru dans les *Annales* en 1938 ; nous ne saurions ne pas établir un lien entre ce mémoire et les lignes qui suivent.

En psychiatrie, nous nous trouvons en butte à la « science » du public ; en cette matière, chacun a son mot à dire, famille, amis, voisins et jusqu'à l'épicier du coin qui « a connu un cas semblable » ; des avis « autorisés » sont prodigués, viennent parfois entraver votre activité ; sans même parler de l'incompréhension dont les proches — et là le facteur héréditaire joue — font montre. Ce n'est du reste qu'un inconvénient mineur. Il indique cependant l'« appétence » particulière du public dans ce domaine.

Il est nécessaire d'élargir le débat. La psychiatrie, comme la médecine du reste, est solidaire de l'époque. Elle contribue à la bâtir mais, dans ses « plans », s'en inspire, plus ou moins consciemment, en même temps. L'essor qu'a pris l'assistance aux psychopathes de nos jours, allant de pair avec l'introduction en psychopathologie de notions nouvelles, plus « ouvertes » que celles dont elle disposait antérieurement, procède incontestablement de l'humanisme de notre *xx^e* siècle, siècle qui par ailleurs, hélas, s'est signalé par des événements rien moins qu'humanitaires. Ainsi va la vie...

La psychiatrie profondément engagée ainsi dans notre époque en partage les avantages, mais court aussi les risques qu'elle comporte. Mais de plus, par les notions qu'elle propage, elle forme comme une couche supplémentaire venant se superposer, si l'on peut dire, à l'aspect que cette époque présente, se montre ainsi capable d'atténuer, comme c'est son but, ou d'accentuer, sans le vouloir peut-être directement, ces dangers. Double courant ainsi, échange constant : expression des tendances générales avec ce qu'il y a de positif et de négatif en elles, et renforcement de ces tendances dans un sens ou alors dans l'autre. C'est là que réside le problème.

Nous aimerions l'aborder sous cet angle, dans la mesure où pareille entreprise est à la portée d'un seul, d'un « contemporain », d'un homme qui ainsi « subjectivement » s'y trouve à chaque instant engagé de son côté.

Il ne peut entrer dans nos vues de préciser les caractères de notre époque. Cela dépasse le cadre dans lequel se meuvent notre recherche et nos réflexions. Complexe, précipitée, hérissée de difficultés et de controverses, secouée par des bouleversements ayant tout de cataclysmes, elle crée le climat dans lequel nous vivons et auquel nous devons faire face. Les forces « nerveuses » et morales sont mises à l'épreuve. La vie ne leur demande-t-elle pas trop ? Cette vie pourtant continue sa progression et, indélébile, s'affirme. De notre mieux nous lui emboîtons le pas, cherchons à progresser également. Il ne peut en être autrement.

Nous voudrions nous borner à ces quelques phrases. Il a été question, à propos de notre époque, de « schizophrénisation ». Il est incontestable qu'on a parfois l'impression que les préoccupations doctrinales, dans leur rigidité, ont pris le dessus, aussi bien dans nos conceptions spéciales que dans le domaine de la vie publique, dans les relations entre hommes, au détriment de l'immédiat, du senti, du spontané. Le « clos », pour parler avec Henri Bergson, semble avoir pris le dessus sur « l'ouvert ». Nous nous demandons pourtant si les étiquettes psychiatriques apportent quelque clarté dans le débat, si cette transposition sur le plan de la vie de ce que la clinique a pu nous enseigner, ne vient point étriquer le problème, en voulant donner par un mot une solution qui n'en est pas une. Les malades nous les *soignons* et la vie, tout en bénéficiant chacun pour notre compte de ce que le contact avec les malades et les hommes a pu nous enseigner, nous sommes appelés à la *bâtir*, en prenant position, en nous y employant de notre mieux, en venant y puiser, telle qu'elle est, des forces. Vouloir la « soigner » n'est probablement pas l'attitude adéquate.

Pour notre part, nous pensons que ce qui prête davantage matière à réflexion, c'est le fait qu'en général, dans l'histoire, nous arrivions à discerner des « époques », que nous cherchions à en déterminer les caractères, d'en retracer un « profil » sur le modèle « humain » au fond, comme il est facile de s'en rendre compte, témoignage, dans ce domaine également, de la pérennité de cet humain, de cet aspect « anthropologique » des êtres et des choses. Pour dure, décevante et même « malade » que puisse nous paraître la réalité mesurée à ces valeurs humaines, la clinique au sens strict, nous le croyons, n'a rien à y voir.

Il ne nous appartient pas ainsi de centrer ici nos réflexions sur l'époque ; nous préférons nous en tenir à notre horizon de psychiatre, et sans perdre de vue, pour le dire encore une fois,

que cet horizon vient s'enchâsser dans l'époque, examiner sous cet angle quelque problème que pose l'exercice de notre profession.

L'expérience de l'électrochoc peut servir d'entrée en matière. Il fut un temps, au début, où ce nouveau traitement fut appliqué sans discernement, il faut bien le dire. Quantité de malades y passaient, et parfois le nombre de chocs administrés au même malade atteignait des chiffres vertigineux. Nous ne mettons point en doute que cette méthode donne des résultats. Ce qui nous intéresse pourtant avant tout c'est le « climat » qui s'était créé autour. Il fut caractéristique. La clinique s'est trouvée reléguée à l'arrière-plan, le diagnostic n'intervenait qu'en deuxième ou troisième lieu ; le traitement employé les distançait de beaucoup ; pas tant analyse clinique détaillée du cas, pas tant indications précises que traitement d'emblée. De là les excès de la première heure. L'électrochoc était présenté au dehors comme une panacée. Nous touchons par là aux méfaits de la publicité faite par la grande presse, à l'affût de sensationnelles découvertes dans la médecine. (Il est à signaler qu'à un récent congrès de la presse, des voix autorisées se sont élevées avec vigueur contre ce « sensationnalisme »). Une pression s'exerçait ainsi. Des confrères de médecine générale qui jadis, lorsqu'ils vous adressaient un malade, vous demandaient de leur communiquer votre avis sur l'état de ce malade et sur le traitement à suivre, écrivaient souvent à la place : je vous adresse M. X. en vue d'un traitement par électrochocs. Il ne restait plus, semble-t-il, qu'à s'exécuter. La même pression s'exerçait de la part des familles « renseignées » par la grande presse. Et nous-mêmes, emportés en partie par cette lame de fond, ne résistions pas non plus au pseudo-enthousiasme qu'elle semblait justifier.

Cette période est révolue. L'esprit qui y a présidé n'a peut-être pas tout à fait disparu. Notre équipement thérapeutique s'est enrichi. Chacun des traitements préconisés demande pourtant à être examiné de près avant qu'on se prononce sur son bien-fondé. Mais pour cela il faut prendre son temps. Et ce n'est peut-être pas ce qu'il y a de plus facile de nos jours. La façon dont ils sont appliqués soulève des réserves ; les chocs n'ont pas donné de résultat, ils sont suivis de suite d'insuline et en cas d'échec, immédiatement de nouveau, peut-être de lobotomie. La clinique, une fois de plus, n'y trouve point son compte, les données biologiques générales non plus. Et pourtant, quoi de plus naturel que de laisser « souffler » le malade entre les traitements appliqués, même en

cas d'échec ; ne pas perdre de vue non plus les multiples facteurs, non seulement physiques, mais encore moraux, qui, en médecine mentale (et en médecine en général), jouent, pour ce qui est des complexes relations du malade nerveux ou mental avec l'ambiance, au cours de tout traitement comme en dehors de lui ; et enfin, avoir devant les yeux « l'histoire naturelle » de l'affection en présence de laquelle on se trouve, telle que la clinique et la clinique seule nous l'enseigne, avec son décours, avec les facteurs réactionnels qu'elle mobilise. Pour inciser un abcès on attend qu'il soit mûr. Le moment propice, après une attente parfois nécessaire, pour l'application d'un traitement est loin d'être un facteur négligeable, raison de plus de se montrer circonspect à l'égard de traitements appliqués en chaîne continue.

Aller vite ! Nous n'avons guère de peine à y retrouver un trait de notre époque. L'auto et l'avion nous font perdre de vue que par essence nous sommes des piétons, car tels la nature nous a créés, appelés aussi à le demeurer quels que soient les progrès réalisés par nos moyens de communication. Ce ne sont que des moyens, tandis que « la marche à pied » nous donne le rythme propre à notre vie humaine. Et la maladie a également son rythme à elle. Elle s'aligne sur le piéton. Aller vite et frapper fort ! Le terme « traitements héroïques », où ce dernier vocable se trouve détourné de son vrai sens, nous paraît significatif. Sans partager entièrement la position de M. H. Baruk, puisqu'en pratique nous avons recours à certains de ces traitements, nous croyons pourtant qu'il y a là des écueils à éviter.

Un facteur de rationalisation intervient probablement aussi : le mal est là, il faut l'extirper aussi rapidement que possible. Nous avons vu, dans notre article de 1938, écrit en premier lieu à propos de la loi de stérilisation obligatoire d'inspiration nazie, quels peuvent être les méfaits d'un tel principe poussé à outrance. Notre rôle consiste à nous efforcer de prévenir que le mal se produise, et, en sa présence, essayer de le combattre, en nous inspirant de ce que la nature nous enseigne à ce point de vue. La maladie est un tout « vivant », tout comme l'organisme qu'elle affecte.

Attendre dès lors, s'abstenir ? Nous ne saurions mieux faire que de rappeler cette phrase admirable de H. Bergson, que nous citions déjà dans notre mémoire de 1938 : « Il faut penser en homme d'action, et agir en homme de pensée. » Cette phrase, en peu de mots, traduit l'essentiel. Elle nous dispense de la glorification excessive de l'homme d'action qui n'est que cela. Agir pour agir, certes non ; s'abstenir non plus.

Nous retrouvons du reste le même esprit en dehors de la psychiatrie. Les bienfaits de la pénicilline ne se comptent plus, mais on est surpris de la voir appliquer à l'occasion d'une quelconque affection fébrile, appelée à guérir d'elle-même bien souvent, et cela au risque de rendre l'individu pénicillino-résistant. Récemment, par la voix de la grande presse, M. Fleming mettait en garde contre des excès de cet ordre.

La thérapeutique à elle seule ne forme point le médecin, et peut-être encore moins le psychiatre. Elle n'est qu'un aboutissement. L'organisation des études médicales nous le montre. C'est au fond une vérité de M. de La Palice. La formation du psychiatre, fruit d'une longue expérience, acquise au contact des malades, a pour fondement non pas les traitements appliqués, mais le registre de cordes que le praticien finit par porter en lui, cordes qui résonnent électivement en présence du malade sur lequel il a à se pencher, qui lui permettent de procéder à une analyse détaillée, d'apprécier aussi bien les facteurs destructeurs que les forces vives du sujet, analyse bien plus importante que le diagnostic-étiquette en un seul mot. La thérapeutique mise au premier plan, intempestive et trop rapide souvent, risque de ne garder que l'étiquette, insuffisante et creuse, d'en faire un simple élément de statistique. Et comme ces étiquettes sont peu nombreuses, chacun qui touche de près ou de loin à la psychiatrie, sans être spécialisé dans la matière et sans avoir acquis la formation psychiatrique, croit la chose fort simple et les manie en conséquence. La situation se trouve faussée.

Nous avons acquis les bases de notre formation à une époque où il n'était point encore question de traitements héroïques. C'est peut-être aussi la raison pour laquelle nous retardons « sur notre temps ». On ne peut point être et avoir été. Nous assistons pourtant, à côté des traitements physiques et chimiques, à un enrichissement important des « traitements » et de mesures d'assistance qui découlent directement, automatiquement presque, de nos conceptions psychopathologiques fondées sur l'attitude du malade à l'égard de l'ambiance, et de nature à agir *directement*, en prise directe, dans ce sens, sur le malade. Nombre de confrères des hôpitaux psychiatriques suivent cette voie, font éclore les germes semés par leurs prédécesseurs. Et c'est le maniement à bon escient de cette thérapeutique qui demeure probablement l'essentiel. En tous les cas, quels que soient les traitements médicamenteux ou chirurgicaux, nul ne saurait s'en passer ; tout le monde est d'accord sur ce point. Les traitements isolés mis au

premier plan risquent de faire passer le jeune psychiatre à côté de la psychiatrie.

En psychothérapie, nous assistons à une véritable période de « mutations » : psychothérapie de groupe, psychodrames, et jusqu'à la psychothérapie non dirigée, élevée au rang d'un principe. Nous parlons maintenant de psychothérapie au sens plus restreint du terme, c'est-à-dire dans la mesure où elle s'appuie sur une technique plus précise, en dehors de cette psychothérapie au sens beaucoup plus large, dont il a été question plus haut. Ces « mutations » déroutent à première vue. On ne peut s'empêcher de leur trouver un caractère quelque peu spectaculaire, de produits d'importation. L'économie de temps ainsi réalisée a été invoquée en leur faveur. Sans doute par rapport à certaines méthodes de très longue durée, interminables presque parfois, cet argument peut avoir sa valeur. Mais d'autre part, la préoccupation de gagner du temps est également signe d'un rythme précipité. Elle appelle quelques réserves. Et puis s'éloigner du couple médecin-malade, de l'interaction qui sur ce plan vient jouer, du contact, quelle qu'en soit la forme, qui va toujours de personne à personne, détermine également une certaine résistance. C'est pourquoi aussi probablement nous n'avons pas cherché à nous engager dans cette voie.

Ces réflexions nous mènent à une question beaucoup plus importante encore. Nous avons parlé de cette couche qui, due à la diffusion plus ou moins intempestive et sans critique dans le public des notions provenant des diverses écoles psychothérapiques, venait se superposer à l'aspect actuel de la vie. Là on ne peut ne pas se demander si cette diffusion, pour exacte même que soient le cas échéant les données qui lui servent de thème, ne vient pas renforcer ce qu'il peut y avoir de négatif dans cet aspect. Tout n'est pas bon à répandre, car tout ne saurait être compris. Nous touchons de près à ce qu'écrivait à ce propos M. Debray.

Le nombre des nerveux a-t-il augmenté ? A première vue, cela paraît probable. Les conditions actuelles semblent exiger parfois plus qu'on ne peut donner. Mais est-ce une raison suffisante pour propager dans le public, outre mesure, la notion de névrose et de névrosé, donner à cette notion une telle extension, que, plus ou moins, chacun risque de tomber sous ce « diagnostic » ? La notion de névrose est loin d'être nettement délimitée. N'est-ce point méconnaître le caractère même de la vie humaine, qui, faite d'adaptation et de prétendu équilibre, comporte en même temps,

et fort heureusement allions-nous dire, des forces désadaptantes et déséquilibrantes, source souvent de réactions à caractère très positif, jusqu'à l'effort créateur inclus ; origine aussi de l'appel lancé à l'individu, de faire face, au mieux, *de son propre chef*, à ces forces. La haute portée de la médecine ne se mesure point au nombre de clients qu'on recrute. Et de plus, il y a toujours lieu de tenir compte des *naturelles faiblesses humaines* ; elles sont loin d'être l'indice de « besoins névrotiques » qu'énumère Karen Horney dans son livre « L'autoanalyse » paru récemment en traduction française, ces besoins ressemblant, jusqu'à s'y méprendre, à ces faiblesses. Il semble nécessaire de restituer cette notion de naturelles faiblesses dans ses droits, en restreignant dans la même mesure celle de « nerveux », faiblesses humaines avec les réactions qu'elles comportent et qui n'échappent point entièrement au contrôle. Involontairement vient à l'esprit l'image des deux mains dont nous a doté la nature, la gauche étant appelée à retenir la droite, lorsque celle-ci se montre trop leste et « irritable ».

De nos jours, on ne peut ne pas être effaré par la façon dont sont maniés dans le public, à tout bout de champ, les vocables de refoulement, d'inconscient, de névrose, de complexe d'Œdipe, de sentiment d'infériorité, etc... C'est monnaie courante. Ceux qui s'en servent ainsi, y gagnent-ils réellement quelque chose ? Se connaissent-ils mieux ? Ils classent, d'une manière purement verbale de surcroît, plus qu'ils ne réfléchissent, y trouvent souvent une sorte de justification superficielle, une voie de moindre effort et abdiquent ainsi. Des parents, au lieu de vous donner des renseignements sur leur enfant, dans un langage courant, sans artifice dans la mesure où c'est possible, vous apportent de suite des interprétations inspirées par des notions mal assimilées, font montre ainsi d'une tension dont ils sont les premiers à pâtir et dont pâtissent aussi les leurs. On ne leur en demande pas tant. Les termes « d'hyper-psychologisme », ou plus exactement « d'hyper-psycho-pathologisme », viennent à l'esprit. L'atmosphère est faussée par ces facteurs-parasites. Chaque praticien sait également jusqu'à quel point, dans bien des cas, l'inquiétude, l'anxiété d'une mère est alimentée par l'idée de l'anormal si ce n'est par la crainte de constituer des complexes chez l'enfant, de commettre de graves fautes avec des conséquences plus graves encore auxquelles elles peuvent donner lieu. C'est par cette anxiété excessive qu'il faut d'abord commencer avant de s'occuper de l'enfant ; le résultat peut être rapide. Réactions « névrotiques » si l'on veut.

Mais faut-il d'emblée penser à un traitement dit « en profondeur » — encore faudrait-il voir ce que cette profondeur veut dire — de la mère, de l'enfant et du père aussi le cas échéant, ou au contraire, en présence de faits de cet ordre, n'est-il pas indiqué de se demander plutôt si le mal ne vient pas en partie d'une propagation inutile de la notion d'anomalie et de névrose ? Les enfants eux-mêmes, pour expliquer leurs écarts de conduite et de comportement, commencent souvent par vous dire qu'ils sont « nerveux ».

Le nombre des névroses a-t-il augmenté ? Peut-être. Mais même si tel était le cas, n'y aurait-il pas lieu de repousser pour le public la ligne de démarcation entre le dit névrosé et le dit non-névrosé à l'avantage de celui-ci, non en vertu de la notion de moyenne, mais parce que de cette manière on peut diminuer la tension davantage qu'en empruntant la voie inverse, en laissant ainsi une marge à l'individu pour essayer de surmonter de lui-même les difficultés qu'il rencontre, qu'elles soient considérées comme « névrotiques » ou non ?

La psychothérapie, aussi peu que la médecine, ne relève ni de conversations mondaines, ni d'articles de journaux ; à nous elle impose plus de « discrétion », et la vulgarisation devrait s'inspirer de ce principe. Là elle peut réellement porter ses fruits.

Depuis que l'assistance à l'enfance déficiente a pris, à juste titre, plus d'extension, il arrive — c'est évidemment loin d'être la règle — que tel ou tel autre pédagogue, dès qu'il se trouve en présence d'un cas qui paraît « difficile », appelé à perturber le bon ordre, perd de vue que la collectivité qu'est la classe peut fort bien assimiler deux ou trois sujets qui, dans une certaine mesure, sortent du cadre. Dépister est bien, à condition que le dépistage ne justifie point un comportement de cet ordre. Il faut y réfléchir à deux reprises avant de garer l'enfant sur la voie des enfants difficiles ou caractériels.

Ecole des parents, parfait, compte tenu de ce que et en quel sens il y a lieu de leur enseigner, et sans perdre de vue que l'école, après tout, est faite en premier lieu pour les enfants.

Parfois, rarement nous le concédons, se manifeste la tendance à mettre tout sur le dos des parents, l'enfant n'ayant qu'à tirer son épingle du jeu. Les relations sont plus complexes. Décomposer est vite fait, on perd de vue l'ensemble que forme la famille. Les parents ne sont point des pédagogues, ce n'est point leur rôle ; ce qui n'exclut point évidemment qu'ils soient mis au courant de certains préceptes d'hygiène mentale, comme la mère doit être

renseignée utilement sur la façon d'alimenter son nourrisson. Tout cela pourtant, en dehors de la névrose et du névrosisme. Hygiène plutôt que traitement de suite et présomption d'erreurs graves. Des « erreurs » sont d'ailleurs inévitables ; elles font partie du climat dans lequel se forme le jeune sujet. Trop de compréhension, trop de « pédagogisme scientifique » peuvent présenter des inconvénients tout autant que leur absence. Récemment encore, dans un mémoire sous la plume d'un confrère, nous lisions que les parents ne comprenaient pas leurs enfants. Nous le voulons bien, à condition de nouveau de poser la question de savoir s'il s'agit d'une incapacité foncière à conséquences fâcheuses, d'une carence répréhensible, ou si en général les relations entre parents et enfants ne se placent point exclusivement sous le signe de la compréhension réciproque, telle que nous la connaissons par ailleurs, sans que pour cela il soit dit qu'elles ne reposent sur d'autres facteurs non moins positifs et précieux.

L'échec de Baudelaire ? Nous le voulons bien encore. Mais n'est-il pas préférable de prendre Baudelaire tel qu'il a été et apprécier ce qu'il a pu nous donner ? Aurait-il pu donner mieux et davantage s'il avait été mis entre les mains d'un psychothérapeute ? Question oiseuse à nos yeux. Il y a des domaines où le facteur du « mieux » ne se pose guère. C'est déjà bien beau ainsi. La quantité, la mesure, ne sont guère non plus à leur place ici. À côté de nos activités, limitées par essence, il y a la vie qui s'affirme et qui, par l'intermédiaire de certains esprits, produit ; comme de l'autre côté, elle cherche par ses propres forces à combattre le mal. Il ne faut pas vouloir à tout prix faire mieux qu'elle ne fait. Où est l'échec et où le succès ? Dans nos entreprises psychothérapiques, il est sage de ne pas vouloir aller trop loin ; on fait fausse route si l'on ne tient pas compte de ce que la vie, dans sa complexité, mais aussi dans sa richesse et dans ses ressources, avec ses hauts et ses bas, avec ses écueils, sait offrir.

Ce n'est guère la place de développer ici ma position à l'égard de la psychanalyse. Nous laissons aussi de côté la question de savoir comment elle s'est constituée en « école », en dehors de la psychiatrie et de la médecine en partie. Dans la perspective dans laquelle se placent ces pages, deux considérations méritent pourtant d'être indiquées. Toutes deux découlent du rôle attribué à l'inconscient et de la façon dont il est conçu. Cet inconscient finit par priver le conscient de ses caractères propres (1), finit par

(1) E. MINKOWSKI. — Les voies d'accès au conscient. *L'évolution psychiatrique*, 1949, fasc. 3.

prendre le dessus sur celui-ci. Maint acte, mainte réaction, mainte décision, peuvent être déterminés par des facteurs inconscients. De là — et c'est le premier point — la mésestimation du conscient avec ce que dans la vie, là avant tout où il s'agit de manifestations élevées de cette vie, lui incombe, à lui seul ; c'est qu'il a ses responsabilités et une position à prendre. Sous cet angle, cela équivaut facilement à une « démission ». Refoulés, les motifs, les désirs, les vrais sentiments et les réelles intentions deviennent inaccessibles directement, de sorte — et c'est le deuxième point — qu'il est nécessaire de s'adresser à un autre pour les déceler.

Mais ce qui caractérise peut-être notre époque, c'est que les hommes « démissionnent » trop facilement, évitent de s'engager, préfèrent en laisser le soin à d'autres. Cela dépasse d'ailleurs l'inconscient. La tendance à s'adresser à autrui, et plus particulièrement au médecin, dès qu'une difficulté, dès qu'un « trouble », pas nécessairement toujours au sens médical du terme, se présentent, dès qu'on se heurte à un obstacle intérieur, avec le sentiment de désarroi, de « déséquilibre », de doute, de complexité, d'indécision ou d'anxiété qu'il peut faire naître, se répand plus qu'il ne faut peut-être. Le nombre de « conseillers » de toute sorte pose une question inquiétante. Les « demandes » du public n'en constituent pas une raison suffisante. Dans ce domaine, il faut se demander parfois si ce n'est pas l'offre qui crée la demande, et non inversement. Un souvenir ancien revient à l'esprit : Dubois, de Berne, lorsqu'il s'adressait à un cercle plus étendu de lecteurs, écrivait un livre sous le titre : « Education de soi ». Ce livre n'a-t-il plus que l'ancienneté pour lui ?

D'une façon quelque peu paradoxale, il nous est arrivé de dire qu'il existe des sujets qui deviennent « malades » à partir du moment où ils franchissent le seuil du cabinet du médecin ou du psychothérapeute. Non, certes, en ce sens que celui-ci les rend malades, mais parce qu'à partir de ce moment ils se donnent un « état civil » et laissent ainsi à d'autres le soin de clarifier la situation à leur place ou du moins de les orienter utilement dans cette voie. Certes, il appartiendra au médecin d'en tenir compte et de diriger son activité en conséquence.

Nous connaissons le rôle que joue dans notre activité « l'ordonnance ». C'est l'acte final. Elle rentre, pour parler avec Pierre Janet, dans la catégorie des conduites de terminaison. Sans elle, la consultation ne s'achèverait point. Et le malade aurait l'impression d'avoir été frustré, de ne pas en avoir eu pour son

argent. Et pourtant, laisser partir un malade sans ordonnance est parfois le plus grand service peut-être qu'on puisse lui rendre.

Cela n'est point un procès des consultations en général et des conseillers. Il est indiqué de faire bénéficier les autres de son expérience et des connaissances spéciales acquises. Les consultations et les dispensaires sont plus que justifiés. Le tout est de savoir quelle sera la « devise », si l'on peut dire, sous laquelle se placera l'activité qui y sera déployée ; faut-il la placer sous le signe de la névrose individuelle et, le cas échéant, familiale, du sentiment de culpabilité et d'une faute grave commise par l'une ou l'autre personne de l'entourage, ou alors, dans la mesure où les circonstances le permettent, de la formule : « Ce n'est pas si mal que ça, mais ça pourrait être mieux » ? Pour ce qui est de cette dernière formule, il ne s'agit évidemment pas d'adopter l'attitude d'un optimisme irraisonné, ni de négligence et de superficialité, ni de la tendance à mésestimer les faits, mais du ton général, compte tenu de ce que d'imprécis et d'extensible il y a dans la notion de névrose, et d'autre part, de ce que d'imprécis également il y a dans celle de non-névrosé ou de normal. Et c'est peut-être dans ce sens avant tout que devrait se faire l'information du public. La formule énoncée peut paraître simpliste ; en réalité, elle indique une ligne directrice et ne nous fait point passer à côté de cas sérieux demandant des mesures et une assistance appropriées.

Du reste, le mouvement issu de la psychanalyse freudienne n'est point resté sur place. Si d'aucuns non seulement sont demeurés fidèles à la doctrine initiale, mais ont renchéri encore, d'autres ont cherché des élargissements. La vie, toujours en marche, déborde d'elle-même les doctrines.

Mais là encore nous ne pouvons toucher que brièvement à quelques points ; nous n'insisterons pas davantage non plus sur les diverses manifestations de la période de « mutations », dont il a été question plus haut.

Nous devons à Charles Odier un livre intitulé « Les deux sources, consciente et inconsciente, de la vie morale ». Ce titre est significatif. Pour la vie morale, le conscient trouve sa place à côté de l'inconscient ; son rôle ainsi s'étend et s'affirme. Par là aussi nous touchons aux manifestations élevées de la vie humaine. MM. Durand et Nodet, dans une communication présentée sous le titre « La névrose en tant que conséquence d'inhibition religieuse et en tant qu'obstacle à la foi religieuse », aux

journées d'études organisées, il y a un an, par l'Institut œcuménique de Bossey, sur le thème : psychothérapie et cure d'âme, en se réclamant de la foi catholique, suivent sur le plan psychanalytique Odier. C'est incontestablement un élargissement. Mais cette façon de voir nous vaut — l'idée de « névrose » est tenace — la notion de « nervosisme moral », reliquat d'éléments régressifs infantiles (le sur-moi de Freud), susceptible de troubler « l'idéal personnel authentiquement original » : nervosisme moral bien plus discret qu'une névrose déclarée, ces sujets ne pouvant dès lors être considérés comme des malades au sens où l'entend la médecine, mais nervosisme quand même, relevant d'un traitement. Et les auteurs nous disent, à ce propos, que l'image, qu'ils donnent et à laquelle doit se mesurer ce nervosisme, « d'une pratique religieuse saine dans un psychisme dit équilibré, ne concerne en fait que des cas rarissimes ». Cette constatation laisse rêveur. Notre rôle peut-il réellement consister à vouloir augmenter le nombre de cas rarissimes, si en général ils existent, ou ne devons-nous pas, au contraire, descendre d'un échelon, pour ce qui est du moins de nos buts pratiques et, plus discrets dans nos intentions, prendre les hommes tels qu'ils sont, avec leurs ressources et leurs faiblesses, avec leur tendance au mieux à travers ces ressources mais aussi à travers ces faiblesses ? L'image des saints, des prophètes, des héros, des génies, reste, et pour cause, en dehors de nos préoccupations. Ce qui par essence est « exceptionnel » demande à le demeurer et ne relève point de nous. Humainement et de notre mieux nous nous adressons à d'autres êtres humains. En ce sens, « l'idéal » à la portée de notre activité ne doit pas être placé trop haut ; le but à poursuivre paraît plus modeste. Les cas rarissimes ne peuvent point nous servir de paradigme. Nous pouvons sans appréhension laisser se promener pas mal de cas de « nervosisme moral » à travers le vaste monde.

Dans la phrase précitée, l'équivoque des termes « sain » et « équilibré » ressort une fois de plus. Ciel sans nuages, surface lisse sans la moindre tache, cas rarissimes qui n'existent point. Nous ne sommes pas faits ainsi, nous n'y aspirons même pas. Nous avons déjà parlé plus haut de forces normalement déséquilibrantes et désadaptantes. Les ténèbres sont nécessaires pour qu'à travers elles nous cherchions à discerner la lumière. Plus d'une fois nous avons insisté sur le fait qu'on peut pécher par excès d'adaptation, d'équilibre, de pragmatisme, de rationalisme, de prosaïsme. Il en va de même de la « maturation affective »,

qui, parce qu'affective justement, comporte toujours, fort heureusement d'ailleurs, des reliquats de l'âme infantile : l'excès « d'adultisme » vient s'ajouter aux autres. D'autre part, nous savons que notre vie mentale est rien moins qu'une source limpide ; quantité de facteurs hétérogènes s'y enchevêtrent régulièrement et normalement, à tel point qu'on a peine parfois à s'y retrouver. Faite de contradictions, de luttes intérieures, de controverses, d'éléments qui à chaque instant viennent parasiter ce qu'on voudrait savoir être des réactions nettes ou des intentions réelles, elle ne se présente pas sous un aspect « simple ». Nous avons parlé dans ce sens du principe de dégradation (1). C'est au fond le « névrosisme » de toute vie, qui ne prétend point à être rarissime, et dès lors plus du tout vu sous l'angle médical et psychothérapique. Cela d'ailleurs ne doit nullement affaiblir notre activité là où cela paraît réellement nécessaire. L'erreur consiste seulement à élever ces dégradations, ces éléments-parasites au rang de faits de premier plan, ce que d'après leur nature, en tant que données immédiates, ils ne sont point. C'est que de cet enchevêtrement complexe, inextricable même parfois, de tous ces éléments, hétéroclites en partie, venant se situer de façon différente par rapport à la personne humaine, l'intention, la réaction, l'action, arrivent à se dégager quand même, et l'homme ainsi progresse. Et c'est déjà bien beau. On ne saurait demander davantage. Le but est, dans la mesure où nous parlons en psychologues et en psycho-pathologues et non en moralistes, ce qui n'est point notre rôle, de ne pas détacher l'intention, l'acte et la réaction, dans leur précision relative, de ce fond mouvant, obscur par moments, dans lequel ils prennent naissance ; autrement nous risquons d'aboutir, sur ce plan, à de pures abstractions.

Le nervosisme moral, parce que moral, élargit le débat comme le font les deux sources également. Dans la perspective dynamique dans laquelle se placent le décours d'une vie et la formation de l'être, les mêmes difficultés dont il vient d'être question interviendront, le même besoin de situer les faits se fera sentir. Deux sources, et peut-être même une seule avant tout, celle à laquelle la vie consciente dans sa progression se réfère. Chercher, tendre, bâtir et aspirer relèvent directement de cette progression. En elle, toute vie humaine trouve son fondement. Naturellement appelée à ce destin, elle tend vers... D'autres facteurs

(1) Sur le chemin d'une psychologie formelle. *Tijdschrift voor Philosophie*, août 1950.

que ceux ayant trait à l'histoire naturelle des pulsions, interviendront, les distanceront ; par rapport à ces facteurs essentiels cette histoire fera par endroits « double emploi », c'est le moins qu'on puisse en dire. Et lorsqu'elle cherchera à se substituer à eux entièrement, elle fera fausse route. Ce serait prendre une partie pour le tout, comme l'a également si bien montré, entre autres, L. Binswanger. Les adeptes des « écoles » psychothérapiques, ceux qui se sont soumis à un traitement didactique et enfin ceux qui sont par la suite traités avec la technique préconisée, vivent-ils mieux que les autres ? Ils rencontrent au fond les mêmes difficultés, trouvent des solutions plus ou moins bonnes ou mauvaises aux problèmes qui sur la grande arène de la vie se posent devant eux, restent sujets, et nous dirions fort heureusement pour eux, au même « nervosisme moral » que les autres. Nous n'avons d'ailleurs aucune raison de leur demander qu'il en soit autrement ; ils sont faits comme leurs semblables. Ce qui peut par contre être demandé, c'est que les uns et les autres nous tenions compte des limites dans lesquelles doit se mouvoir notre activité et ne surestimions pas notre pouvoir. C'est aussi dans ce sens, je crois, que nous aurons à nous adresser au public. Et quand bien même la tendance vers... serait entachée souvent sur son chemin d'impuretés, comme cela est inévitable et naturel, elle ne s'en impose pas moins pour cela et demande qu'on se penche sur ses origines.

Des « petits faits », des « petites lectures » viennent parfois éclairer une situation. Dans le fascicule I, 1953, de *L'évolution psychiatrique*, paraissait, sous la plume de notre jeune et distingué collègue, P.-C. Racamier, l'analyse de l'ouvrage récent d'Alexander et French « *Psychanalytic therapy* ». Alexander, l'un des plus proches disciples de Freud, s'écarte de la technique classique, donne la préférence à ce qu'on a coutume d'appeler les psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Ces thérapies, tout en bénéficiant de certaines données mises à jour par la psychanalyse, les placent pourtant dans une autre perspective, ne sont, à vrai dire, plus « psychanalytiques » du tout, en ce sens qu'elles renoncent à la « situation » particulière déterminée par la technique classique et qui en est la clé de voûte, et de ce fait aussi au transfert dans sa forme rigoureuse, pour faire une large place à une action plus directe. M. Racamier vient de passer, je le suppose, une psychanalyse didactique s'étant terminée par une adhésion de sa part. Je m'abstiens de me prononcer sur la valeur des résultats obtenus par Alexander et de ses élèves.

C'est le débat qui paraît caractéristique. Objectif dans la mesure du possible, Racamier ne cache point ses préférences, allant jusqu'à qualifier la technique d'Alexander « d'acrobatique ». On ne peut s'empêcher de poser la question : en vertu de quels critères ? Ce sont pourtant les critères qui doivent retenir avant tout notre attention, et par conséquent aussi, le caractère des critiques formulées. En premier lieu vient ici la limitation du but poursuivi, et partant du champ d'action psychothérapique. « Si le résultat d'une psychanalyse est une réorganisation quasi-complète des assises de la personnalité..., la méthode d'Alexander est celle du minimum efficace : il n'envisage que le ou les conflits les plus importants, les plus accessibles... et tâche d'en atténuer ou d'en détourner la force plutôt que de les résoudre... Il laisse le patient faire seul et en dehors du traitement autant de progrès qu'il en est capable... Les conflits sont analysés dans leurs coordonnées actuelles et sociales, non point dans leurs coordonnées transférentielles et, éventuellement, reportés à leurs références infantiles. » Deux conceptions s'affrontent. « La réorganisation quasi-complète des assises de la personnalité », est-ce réellement faisable ? Ne retombons-nous pas à nouveau dans les excès des « cas rarissimes », sans même parler de ce que la typologie constitutionnelle contemporaine, avec ses si féconds prolongements pratiques, et dont il n'est point tenu compte, nous enseigne. Nos buts thérapeutiques peuvent-ils réellement viser si haut, question qui évidemment est loin d'être une position de renoncement et encore moins un aveu d'impuissance ? Il existe des cas où nous croyons qu'il est préférable de laisser l'individu avec son symptôme « névrotique », s'il arrive à faire face, même d'une façon incomplète si l'on veut, à la réalité, au lieu de rechercher une réorganisation des assises qui peut mener à une désorganisation sérieuse. Qui sait si le minimum efficace n'est pas, dans bien des cas, un réel optimum ? La formation psychiatrique a là son mot à dire ; aucune psychothérapie ne saurait se placer en dehors du cadre de cette formation ; le diagnostic se précise bien souvent au cours du traitement et non avant. Le soin de laisser au patient la possibilité de faire seul des progrès en dehors du traitement est loin, à nos yeux, de constituer un désavantage. Pourquoi en serait-il autrement ? La « technique » y perdra peut-être en précision ; mais c'est d'une « technicité » excessive qu'il y a lieu de se méfier ; l'imprécision dans ce domaine n'est souvent rien d'autre que l'expression de l'irrationnelle compréhension humaine. Pour le dire encore une fois, il y a lieu de former, non des techniciens, mais des psychiatres.

Ce sont là incontestablement deux positions différentes ; chacune d'elles retentira et sur les relations avec le malade, et par-delà, sur le public, et également aussi sur ce que le malade peut faire encore de lui-même. L'information au dehors s'en ressentira.

M. Racamier s'efforce du reste de départager les deux méthodes. « Les indications principales qu'il (Alexander) donne de sa technique : troubles psycho-somatiques, états pré-psychotiques, états anxieux, névroses traumatiques, « réactions névrotiques », alcoolisme, etc..., n'appartiennent pas au domaine des psycho-névroses proprement dites ; et il n'y a pas avec celles-ci, comme il l'indique, une seule différence de quantité, il y a aussi et surtout une différence qualitative ; les deux groupes de troubles relèvent de catégories distinctes, de structures et de dynamismes différents. Alexander aurait évité beaucoup de méprises s'il avait pris garde et soin de préciser que son but était l'élaboration d'une méthode particulière destinée à des malades particuliers qui ne sont pas des névrosés vrais et ne sont pas cependant justiciables de la psychanalyse classique. » Il paraît pourtant bien délicat d'appliquer une différenciation aussi subtile. Les faits empiètent trop les uns sur les autres. Nous ne voyons guère comment reconnaître une personnalité pré-psychotique avec précision avant l'écllosion de la psychose, à moins de la limiter à l'image que nous en donne la typologie constitutionnelle, avec dès lors les restrictions qu'elle impose à la technique psychanalytique et les indications pratiques qu'elle comporte. En tous les cas le débat engagé paraît particulièrement instructif.

Alexander, par la position prise et surtout par certains cas qu'il relate (asthme, par exemple), se rapproche sensiblement de la médecine psycho-somatique ou de ce que de nos jours on désigne de ce nom. Rien de nouveau au fond ici-bas. Nous ne saurions considérer la médecine psycho-somatique que comme une « redécouverte » tout au plus. Les causes morales ont été admises de tout temps. Rappelons en passant avec quelle minutie les psychiatres de la première moitié du XIX^e siècle ont étudié le rôle de ces causes, sans situer la folie dans les nues pour autant. Il se peut néanmoins que la médecine psycho-somatique soit tout de même appelée à nous apporter, dans le débat qui se déroule devant nous, quelque chose de « nouveau », cela sur les deux versants : d'une part en raison des exagérations « psychologiques » dont nous venons de parler, et d'autre part, face à l'orientation parfois matérialiste à l'excès, de la médecine. Le « psychi-

que » retrouve « officiellement » un droit de cité. L'attitude du malade à l'égard de « être malade » n'est point un facteur indifférent. Mais la médecine psycho-somatique ne pourra remplir son rôle qu'en sauvegardant l'originalité de sa position et en se défendant résolument, d'une part, contre l'emprise exercée par le psycho-génétilisme psychanalytique de certaines affections somatiques conformément au schéma général de la psychanalyse, et d'autre part, en se différenciant nettement d'avec des conceptions psycho-physiologiques, étendues elles aussi souvent à outrance, tel le pavlovisme par exemple, auquel on a cherché également à l'intégrer entièrement. En effet, les relations auxquelles la médecine psycho-somatique fait appel ne sont point de cet ordre. Dans un article récent (1), nous nous sommes efforcé d'examiner ces relations en détail. Ici nous ne pouvons qu'en donner les grandes lignes. En premier lieu, il s'agit du lien qui peut exister entre des facteurs psychiques et les « phénomènes de résonance corporelle » (leibliche Resonanzphänomene de Boss). Dans les accès d'asthme l'individu étouffe, mais « étouffante » aussi a pu être l'atmosphère familiale où il a vécu. Frustré d'affection, le sujet peut en être « assoiffé », comme par ailleurs il peut ressentir la soif. Ce sont les « métaphores » qui indiquent ce lien. Préformées dans le langage, à la portée de l'entendement de tout un chacun, elles rendent ce lien plausible, tangible et naturel. Nos organes eux-mêmes, en dehors des fonctions purement physiologiques qu'ils ont à assurer pour la vie de l'organisme, se différencient encore, sur le plan vital, en fonction des « métaphores » auxquelles tout naturellement ils donnent naissance. Nous rappelons ce que plus d'une fois nous avons dit, sous cet angle, de la portée vitale de nos sens. Cette portée s'étend au fond à toutes les principales fonctions organiques. Ce qui a été dit sur « étouffer » et « être assoiffé » peut servir d'exemple. Le *monde des métaphores*, en ce qu'il peut nous enseigner sur la structure de la vie et les corrélations essentielles qu'elle comporte, s'ouvre de cette manière devant nous. Monde étendu que nous retrouvons également, en dehors des fonctions et des organes dont il vient d'être question, dans la typologie constitutionnelle où les mêmes qualificatifs servent souvent à désigner aussi bien les traits morphologiques que le profil caractérologique du sujet ; monde que nous offre le langage, fixé ainsi en celui-ci, et différent de ce fait

(1) A propos de la médecine psycho-somatique (Corps et organisme. Le psychique et l'anthropologique. Monde métaphorique et expressions symboliques). *L'évolution psychiatrique*, 1953, fasc. 3.

des interprétations symboliques auxquelles, entre autres, fait appel également la psychanalyse et qui laissent une marge beaucoup plus large, plus subjective aussi par conséquent, aux applications qu'à tort ou à raison on en fait. Nous schématisons évidemment. Les relations sont en fait plus complexes et les « transpositions » métaphoriques ne les épuisent point entièrement. Des « points faibles », de nature somatique, peuvent exister et prédisposer à une localisation particulière des transpositions de cet ordre. Ce qui nous importe de montrer avant tout, c'est que des relations de ce genre existent et qu'elles peuvent entrer en ligne de compte, sans que nécessairement il soit fait appel à l'inconscient et aux reliquats de traumatismes infantiles de nature conflictuelle et libidinale. Elles sont plus « simples » et plus directes. Et qu'on le veuille ou non, le besoin de simplicité et de naturel dirige toujours notre pensée et notre effort. Et « simple » n'est point évidemment synonyme de simpliste ; il est souvent ce qu'il y a de plus difficile à trouver. Quoi qu'il en soit, pour revenir à notre thème principal, il nous paraît bien plus aisé, bien plus utile et bien plus justifié en même temps, d'enseigner aux jeunes médecins et au public de penser psycho-somatiquement que « névrotiquement ». Il paraît naturel de faire admettre l'idée qu'en cas d'accidents d'auto à répétition, il peut être question d'un « habitué » de cette sorte d'accidents, d'un individu qui les cherche sans le vouloir, solution comme une autre dans des situations difficiles qu'on ne veut pas voir en face, de même que l'évasion dans la maladie en est une autre, de nature semblable du reste. Nous ne voulons pas dire évidemment par là qu'il suffit de le dire à l'intéressé pour qu'il change d'attitude ; il s'en défendra et relèvera du psychothérapeute. Mais les démarches psychothérapiques pourront s'inspirer de cette façon de voir, se rapprocher de la technique « imprécise » d'Alexander. Mais ce qui plus important pour nous est, c'est que des notions de cet ordre peuvent être propagées utilement, sans qu'en vienne jouer ainsi directement sur l'anxiété, l'inconscient, la « névrose » et les nerfs de ceux auxquels pareils renseignements s'adressent. Progressivement, sans heurts, elles feront leur chemin, et là, indirectement, pourront exercer leur influence sur les individus « prédisposés ». Et peut-être ainsi, sans postuler nécessairement le recours à une exploration, dite « en profondeur », de l'inconscient, sans renforcer la tendance à la démission, ces notions pourront probablement, en pénétrant plus avant dans le public, avoir une portée préventive. Ce sera là peut-être un des principaux mérites de la médecine psycho-somatique, à condition qu'elle se fraye

son propre chemin. Un pas peut-être vers le besoin profond de « respirer à nouveau à pleins poumons », d'échapper à l'atmosphère « étouffante », sursaturée de « névroses », de tonifier ainsi le climat sous lequel nous sommes appelés à vivre.

Pour terminer, une remarque. Elle vient d'elle-même à l'esprit. Au P.C.B. sont enseignées la biologie, la physique et la chimie, éléments indispensables sans conteste de la culture médicale. Mais ni au cours de cette année préparatoire, ni au cours des années qui suivent, dans l'enseignement obligatoire, il n'y a pas de psychologie humaine ; et pourtant, il serait si utile de rappeler qu'il existe encore, aussi bien en physiologie qu'en pathologie générale, le « psychisme », et d'indiquer ainsi que la connaissance de ce psychisme fait également partie de la formation du médecin. MM. Lamache, Burloud et Dagost, de Rennes, se sont prononcés tout récemment dans le même sens à l'Académie de médecine.

Il nous paraît utile de rappeler, à la fin de cet article, la perspective dans laquelle il se place. Il s'agit de l'interaction médecin-public et ainsi des effets et des méfaits que, sous cet angle, nos positions et nos démarches, indirectement, peuvent avoir pour conséquence. Une perspective seulement parmi d'autres. Elle n'épuise point, cela va de soi, tous les problèmes, toujours complexes, que la vie et notre activité professionnelle ne cessent de poser devant nous, n'a pas la prétention de donner une réponse à tout.

En relisant ces jours-ci la thèse de M. H. Le Savoureux « Le Spleen », nous y trouvons les lignes suivantes écrites en 1798 par Moreau de la Sarthe ; nous aimerions les reproduire à la fin de ce mémoire :

« Elles (ces considérations) me paraissent prouver, comme les observations qui les précèdent, combien les bornes de l'art de guérir sont resserrées pour le médecin qui ne voit dans la thérapeutique qu'une simple matière médicale, et qui, concentré dans quelques doctrines de la science qu'il prend pour la science même, limite, isole la médecine, la réduit à l'art des formules, à un métier stérile pour le malade et dont le prétendu guérisseur use malheureusement et abuse à son gré. »

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA POLIOMYELITIS AIGUE

PAR

L. CHOQUARD (de Monthey, Suisse)

A l'époque médicale actuelle, qu'on peut qualifier avec une certaine fierté « l'ère des sulfamidés et des antibiotiques », on éprouve un petit sentiment d'infériorité à préconiser, comme traitement d'une maladie à virus, un procédé aussi simpliste, aussi démodé que le choc peptonique.

Au début de notre carrière, un confrère âgé répondait à chaque suggestion d'essayer un médicament nouveau : « Hâtons-nous de l'utiliser aussi longtemps qu'il a la réputation d'agir. » Cette boutade contient une part de sagesse. Mise à part la question de mode qui existe en médecine, comme ailleurs, il y a aussi le fait que le praticien, fortement sollicité par les fabricants de produits pharmaceutiques et par une clientèle dite cultivée, a tendance d'abandonner une ancienne formule thérapeutique éprouvée en faveur d'une nouvelle, riche en promesses, et parfois en déceptions.

En 1943, le professeur Maurice Roch, qui vient de terminer à Genève une brillante carrière d'enseignement universitaire (qui ne connaît ses célèbres « Dialogues cliniques » ?), écrivait, dans la préface d'un précis de chimie physique médicale, cette phrase qui mérite méditation : « En fait, le médecin est avant tout un honnête empirique qui applique, jour après jour, au mieux de ses inspirations, les petites recettes apprises sur les bancs de la Faculté ou celles que lui ont enseignées ses expériences personnelles, heureuses ou malheureuses. »

Cette introduction n'est pas un plaidoyer en faveur de l'empirisme, ni une parole de méfiance à l'égard de l'orientation scientifique de la médecine moderne qui, à notre sens, devrait tenir un équilibre raisonnable entre ces deux disciplines. Le maître

genèvois dont nous avons parlé plus haut partage également cet avis.

En 1941, nous avons vécu une petite épidémie de paralysie infantile grave et passablement meurtrière puisque la mortalité s'est élevée à 20 %. Tous les moyens thérapeutiques mis en œuvre dans la phase aiguë de la maladie ont laissé le souvenir de totale impuissance, d'inefficacité. Le mal évoluait sournoisement ou brutalement, sans qu'il fût possible d'en modifier ni l'évolution, ni l'intensité.

Une petite enquête dans les hôpitaux de la région nous a apporté des renseignements identiques.

C'est alors que l'idée nous est venue d'essayer un procédé anti-infectieux tombé dans l'oubli et que personne n'avait encore appliqué dans la maladie de Heine-Medin : le choc peptonique.

Nos premières observations ont paru, le 25 juillet 1953, dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (LXXXIII^e année, n° 7, Imprimeries Réunies, Société anonyme, Lausanne), dans un petit article intitulé : « Poliomyélite aiguë et choc peptonique ». Il s'agissait d'une relation de 4 cas dans lesquels ce traitement avait été appliqué avec un succès encourageant.

Voici, à titre d'orientation, le résumé de deux de ces observations :

CAS N° 1. — Mlle B., 18 ans. Elle présentait une paralysie flasque des membres inférieurs avec aréflexie patellaire et température oscillant entre 38° et 39° C. A la ponction lombaire, on note une hypertension du liquide céphalo-rachidien avec réaction lymphocytaire. Malgré l'injection du sérum de Pettit à doses massives, la paralysie prend une allure ascendante. Progressivement la musculature lombaire, dorsale et thoracique est atteinte. La paralysie gagne les membres supérieurs et une quadriplégie totale s'installe, sans atteinte bulbaire. La respiration est diaphragmatique. Une infirmière nourrit au biberon la malade, incapable du moindre mouvement du corps et des membres. Seule, la motilité de la tête est conservée. Muet, nous assistons à ce drame.

Avant de se résoudre à accepter l'inévitable, il faut tenter quelque chose. Nulle part nous n'avions lu ou entendu dire qu'on ait essayé d'arrêter l'évolution d'une paralysie de Landry par un choc protéinique, mais le tragique de la situation emporta notre décision.

En hâte une solution stérile de peptone à 10 % est préparée. Première injection lente intraveineuse de 4 cc. Au bout de 20 minutes, la malade frissonne, et pendant une demi-heure environ. Ceci se passait le soir à 22 heures. Le lendemain matin, on constate avec éton-

nement que la paralysie esquisse une certaine rétrocession. Nouvelle injection de peptone au début de l'après-midi, suivie d'un nouveau frisson. Au bout de 24 heures, la défervescence est complète. Après 4 jours d'apyrexie, nouvelle poussée thermique. Nouvelle injection de peptone toujours suivie d'un frisson ; la défervescence est alors définitive.

Un traitement physiothérapique est instauré qui amène une récupération progressive. Au bout de 3 mois, la malade quitte l'hôpital, s'aidant d'une canne pour monter les escaliers. Actuellement mariée et mère de famille, elle ne présente qu'une légère faiblesse musculaire aux membres inférieurs.

CAS N° 4. — Mme Ch., 46 ans. L'affection remonte au 9 juin 1953. A cause de son début brusque, l'entourage pense à une apoplexie cérébrale.

Température 39°8 C., pouls à 110, vomissements, raideur de la nuque, paralysie faciale gauche du type central, monoparésie flasque du bras droit avec aréflexie ; conservation des réflexes patellaires. Ponction lombaire en position horizontale donne issue à un liquide louche, sous pression de 320 mm./eau. Queckenstedt positif. A 21 heures s'installe une paralysie flasque des membres inférieurs avec aréflexie ; seuls subsistent quelques mouvements des orteils du pied droit. Injection de 3 cc. de la solution de peptone à 10 %. Léger frisson.

Le 10 juin 1953, résultat de l'examen du liquide céphalo-rachidien : Nonne et Pandy faiblement positifs. Albumine : 0,4 % ; chlorures : 7,07 % ; glucose : 0,5 % ; éléments : 409 au mm., dont 74 % de polynucléaires et 26 % de lymphocytes. Lors d'une consultation avec un neurologue (Dr Feldmann, de la Maison de santé de Malévoz), le diagnostic de poliomyélite aiguë est confirmé. Nouvelle injection de 5 cc. de peptone à 10 %. Au bout d'une demi-heure, frisson magistral qui dure environ une heure. A 18 heures, nouvelle injection de peptone comme le matin, suivie du même frisson magistral. Chute de la fièvre.

Le 11 juin 1953, l'état général est bon. Température à 35°4 C. La malade est réchauffée. Les vomissements ont cessé et la raideur de la nuque a diminué.

Le 12 juin 1953, la température remonte lentement à la normale. Réapparition des réflexes au bras gauche et aux jambes, ainsi que de la motilité des jambes. La monoparésie du bras gauche a diminué. Une rétention d'urine nécessite deux sondages par jour, pendant trois jours. Dès le 18 juin 1953, la malade se lève et fait sans aide le tour de la chambre, en tirant un peu la jambe droite (abcès de fixation). La récupération se fait à un rythme accéléré.

Le 30 juin 1953, il ne subsiste plus qu'une esquisse de parésie faciale gauche qui disparaît totalement au bout d'un mois.

Dans l'article de la *Revue médicale de la Suisse romande*, nous disions combien notre foi en ce traitement de la paralysie infantile était grande. Nous ajoutions que si, par malheur, cette redoutable maladie devait nous frapper personnellement, nous exigerions des injections de peptone. A peine ces lignes avaient-elles paru que le sort nous jetait un défi : une enfant de 5 ans, fille d'une nièce, tombait malade brusquement. Voici les notes, prises au jour le jour, de cette nouvelle observation qui n'a pas encore été publiée. Le lecteur verra combien l'évolution en fut dramatique.

OBSERVATION. — Marianne B., 5 ans, 23 kg. environ.

Lundi 27 juillet 1953, température le matin : 37°2 C. (axillaire). Inappétence, ne mange pas. A 15 heures, température : 37°5 C. Mise au lit, la petite malade passe une nuit calme.

Mardi 28 juillet 1953, température matinale : 37°5 C. Vomissements à répétition d'aliments et de bile. Regard vitreux. Vomit l'elkosine et la pasticilline qui lui sont prescrites. A 18 heures, température : 39° C. (axillaire). A 20 heures, première ébauche de crise tétaniforme. L'observation de deux premiers jours repose sur les indications fournies par la mère.

Mercredi 29 juillet 1953, température le matin : 39° C. L'analyse d'urine ne révèle pas de traces d'acétone. Les vomissements alimentaires et de bile continuent.

A 18 heures, température : 39°5 C. (rectale ; par la suite, les températures indiquées seront toujours rectales). Pouls à 120. Raideur de la nuque. Strabisme, légère mydriase de l'œil gauche. Aux bras, seul le réflexe tricipital est présent des deux côtés. Ventre en bateau, pas de réflexes de la paroi abdominale. Réflexes patellaires abolis des deux côtés ; réflexes plantaires vifs. Fond de la gorge : nihil. Cris méningés, tête en arrière, crises tétaniformes, grand opisthotonos. Dernier vomissement de bile à 18 h. 15. Hospitalisation.

A 19 h. 45, ponction lombaire en position horizontale, sous narcose à l'éther. Queckenstedt, des deux côtés, positif. Liquide légèrement trouble de 320 mm./eau de pression. Décompression à 150 mm., évacuation d'environ 30 cc. Injection sous-cutanée de 100.000 unités de pénicilline.

Après la ponction, pouls irrégulier. Injection d'un cc. de coramine A 20 heures, température : 39°5 C. La malade avale de l'eau de Vichy. L'automatisme de la déglutition subsiste. Depuis 18 heures, la malade est complètement comateuse. Les réflexes patellaires sont absents des deux côtés.

Jeudi 30 juillet 1953, température du matin : 39°5 C. Résultat de la ponction lombaire (un premier examen fait à l'hôpital avait révélé l'absence complète de méningocoques) : 84,6 éléments blancs au mm³,

dont 46 % de polynucléaires et 54 % de lymphocytes. Réaction de Pandy positive et de Nonne faiblement positive. Albumine légèrement augmentée (0,30 %) ; NaCl (6,92 %) et glucose (0,68 %) normaux. Pas de bacilles acido-résistants ni de flore. Réaction de l'or colloïdal : 45553.21110.

Le diagnostic s'oriente vers une *forme encéphalo-méningée* de la poliomyélite.

A 12 h. 45, injection intraveineuse de 2 cc. de solution de peptone à 10 % diluée avec 3 cc. d'eau distillée. Légère sudation d'une demi-heure environ ; pas de frissons ; pouls et température inchangés.

A 15 heures, nouvelle injection de 3 cc. de la solution de peptone à 10 %. Léger frisson, crise tétaniforme, poussée thermique à 40°5 C., sudation, pouls autour de 120, faible et régulier. A une heure d'intervalle on fait deux grands maillots froids autour du corps. Le réflexe de déglutition est mauvais. Goutte à goutte rectal d'environ 1 litre d'eau tiède. De 18 à 19 heures, la température baisse de 38°5 à 37°5 C. Sudation abondante depuis la deuxième injection de peptone. La malade ouvre les yeux et esquisse un sourire.

A 21 heures, température à 37°1 C. Prostration. Plus de crises tétaniformes. La malade semble un peu moins inconsciente. La raideur de la nuque a disparu. Respiration calme ; la sudation n'a toujours pas cessé depuis 15 heures. La malade grogne quand on refait son lit.

Vendredi 31 juillet 1953, température du matin : 38°5 C. Les phénomènes méningés ont rétrogradé. Déviation conjuguée des yeux vers la gauche, légère mydriase à gauche. La tête tombe du côté gauche. Les réflexes patellaires sont toujours absents. Coma profond ; c'est à peine si parfois la malade ouvre des yeux hagards -- jamais spontanément -- et retombe dans son sommeil. Les phénomènes encéphaliques dominent le tableau clinique. La tête tombe toujours du côté gauche ; faiblesse musculaire au bras droit et à la jambe droite. Légère atteinte bulbaire : pause dans la respiration, pouls peu marqué, accéléré, faible ; difficulté de tousser. Apparition de muguet et de bronchite diffuse. La déglutition est de nouveau plus facile. A 10 heures, injection de 3,5 cc. de peptone. Sudation.

A 17 heures, avant de procéder à un nouveau choc, injection de 5 cc. d'huile camphrée et d'un mgr. de strychnine. Quelques instants après, injection de 5 cc. de la solution de peptone à 10 % qui provoque enfin le vrai frisson d'une durée de 20 minutes environ. La température se maintient à 38°5 C. Etat général alarmant pendant environ une heure. Abscès de fixation à la cuisse droite au moyen d'un cc. d'huile de térébenthine.

Du 31 juillet au 2 août 1953, vers 10 heures, la petite malade est entièrement comateuse ; elle ne réagit à aucune excitation et se trouve dans un sommeil léthargique. Entre ces mêmes dates et jusqu'au soir du 2 août 1953, on pratique matin et soir une injection de 5 cc. de camphre et d'un mgr. de strychnine.

Dimanche 2 août 1953, température du matin : 37°9 C. A plusieurs reprises, la malade sort brièvement mais spontanément de son coma et ouvre les yeux. La déviation des yeux vers la gauche subsiste, ainsi que la mydriase ; la tête tombe toujours à gauche. La malade boit environ 1 l., 5 de liquide (eau de Vichy, thé, jus de fruits, café au lait). Infusion sous-cutanée de 500 cc. d'holofusin.

Dès le lundi 3 août, amélioration notable. Température : 37°4 C., pouls 90. La malade ouvre les yeux spontanément et reste éveillée quelques instants. La malade peut garder la tête droite sur l'oreiller ; absence de mydriase ; le regard est droit et franc. Dans le courant de la journée, la malade fait des progrès étourdissants : elle réagit aux appels, saisit le marteau à réflexes des deux mains indifféremment, grignote un biscuit, chuchote le nom de sa mère. Elle prend des aliments un peu plus substantiels et pour la première fois depuis 5 jours demande le vase pour uriner.

Le mardi 4 août, les progrès continuent au même rythme. La malade parle couramment et de manière sensée, bien que sa voix soit faible. La mémoire ancienne et récente est satisfaisante. Mouvements spontanés des deux membres supérieurs et inférieurs, cependant moins accusés à droite. Incision de l'abcès de fixation. Température le matin : 37° C.

Le mercredi 5 août, l'évolution se poursuit normalement. Avec le marteau à réflexes la malade frappe avec précision le pouce que lui tend son médecin, et cela de la main droite. Pas d'ataxie. Réapparition faible des réflexes patellaires.

Le jeudi 6 août, on lève pour la première fois la petite malade qui se tient debout et se cramponne à son lit. Soutenue, elle fait quelques pas.

Un status nerveux complet, pratiqué le 16 août 1953, ne révèle aucune séquelle de poliomyélite. Les facultés intellectuelles sont normales pour une enfant de cet âge. La mémoire ancienne et récente est intacte ; il subsiste un peu de nervosité.

Voilà donc une forme extrêmement grave de poliomyélite aiguë du type encéphalo-méningé avec légère atteinte bulbaire, compliquée de bronchite diffuse et de muguet qui a guéri sans laisser aucune séquelle, après quatre injections endo-veineuses de peptone.

D'après les travaux de la Fondation nationale pour la paralysie infantile, à New-York, nous savons, depuis 1947, que trois virus prototypes ont été retenus comme capables de provoquer la poliomyélite paralytique. Dans les régions contaminées par la maladie, on a relevé la présence d'anticorps, aussi bien dans le sang d'animaux que dans celui d'humains, anticorps qui se présentaient sous la forme de séro-globulines. Au cours de l'été 1951 on effec-

lua, à titre d'essai, des injections préventives de gamma-globuline sur 60.000 sujets. Ces essais ont démontré, d'une façon nette mais non péremptoire, qu'une inoculation suffisante de séro-globuline conférait une immunisation importante contre la forme paralytique de la paralysie infantile. Malheureusement, l'effet immunisant ne se prolonge pas au delà de 6 semaines. Et les cliniciens américains sont d'avis que ces injections de séro-globuline ne constituent pas une solution pratique au problème de la lutte anti-poliomyélique. Quant au traitement de la poliomyélite aiguë paralysante au moyen de la gamma-globuline en doses massives, il s'avère — de l'avis des milieux compétents — inefficace.

Il est donc bien permis, en face d'une maladie aussi meurtrière, de chercher un autre remède. En attendant d'en trouver de meilleur, nous pensons que le choc peptonique peut et doit être utilisé.

On peut se demander comment agissent les peptones en injections endoveineuses. Etant donné la protection réalisée par l'administration parentérale de la gamma-globuline chez les sujets sains, il est logique de penser que le choc peptonique provoque une production massive de séro-globuline chez les malades. Cette hypothèse devrait être confirmée par des dosages avant et après le choc peptonique, dosages qui n'ont pas encore été pratiqués jusqu'à ce jour. Mais l'on pourrait aussi objecter que la gamma-globuline, administrée en doses croissantes, n'exerce aucune influence sur la poliomyélite au stade paralytique.

Le choc peptonique n'est pas un spécifique de la paralysie infantile, mais un anti-infectieux. La révolution que provoque cette protéine dans les colloïdes du sérum (qui sont chargés d'électricité négative) est assez énergique pour anéantir le ou les virus en circulation, ou tout au moins pour en diminuer la violence. Contrairement aux séro-globulines, les peptones agissent même lorsque l'agent infectieux est déjà fixé sur la moelle épinière ou sur le cerveau. Chaque infection localisée provoque tout d'abord une intense hyperthermie. Ce phénomène d'anatomopathologie bien connu a été observé à l'examen des reins, des poumons, de la moelle. Nous avons encore présente à la mémoire une autopsie pratiquée au cours de notre internat déjà, chez un adulte décédé d'une paralysie de Landry. Le simple examen microscopique de la moelle en coupes transversales révéla une étonnante *coloration rouge vif* des cornes antérieures. Si donc il est possible d'intervenir thérapeutiquement au début de la fixation du virus sur la moelle et sur le cerveau, et *avant* la destruc-

tion des cellules, on pourra avec satisfaction enregistrer une rétrocession rapide des premières manifestations paralytiques. Cette constatation s'impose à la lecture attentive des observations n° 1 et 4, ainsi que la relation ci-dessus concernant la petite fille de 5 ans.

D'où l'extrême importance d'un diagnostic *précoce*. Celui-ci peut être établi sur les bases d'un status nerveux que tout praticien peut faire en quelques minutes et sur les résultats fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Renoncer à une ponction lombaire dans un cas suspect de poliomyélite constitue, à notre avis, une faute professionnelle. Un liquide céphalo-rachidien hypertendu, légèrement trouble, stérile à l'examen direct et à la culture, contenant une quantité élevée de globules blancs (au début de la maladie plutôt des polynucléaires, dans la suite surtout des lymphocytes), dont la teneur en albumine est modérément augmentée, avec une concentration de chlorures et de glucose *normale*, présentant la courbe typique de l'or colloïdal, tout cela oriente le diagnostic d'une façon à peu près certaine vers la paralysie infantile. La réaction de Pandy est d'ordinaire positive et celle de Nonne faiblement positive. La dissociation cyto-cellulaire est également utile dans l'appréciation des résultats de l'analyse. Il va sans dire que le Queckenstedt doit être positif des deux côtés.

La paralysie infantile étant une maladie grave à cause de son évolution imprévisible et des terribles séquelles qu'elle entraîne, il convient d'instituer le traitement de bonne heure. Il s'agit de frapper *vite et fort*.

Nous préconisons d'utiliser une solution stérile de peptone à 10 % (peptonum siccum 10,0 ; aqua distillata ad 100,0). Sur demande, n'importe quel laboratoire de pharmacologie peut préparer des ampoules de 5 cc. La dose de peptone à injecter doit être calculée à raison de 10 mgr. par kilo de poids. Chez un adulte de 70 kilos, on injectera 7 cc. de la solution. Chez les enfants, la dose doit être le double de celle correspondant au poids ; ainsi chez un enfant pesant 20 kilos, ce n'est pas 2 cc. qu'il faut injecter, mais bien 4 cc. à 10 %.

Le choc peptonique apparaît ordinairement 20 à 30 minutes après l'injection endoveineuse. Pour être efficace, il doit produire un frisson magistral (comme celui de la pneumonie), d'une durée d'une demi-heure environ. Le frisson est accompagné d'une sudation abondante et suivi d'une poussée thermique (la fièvre peut monter à 40° C. ou même 40°5 C.). Le contrôle de la tempéra-

ture doit être fait toutes les heures. Si le malade est incommodé par l'hyperthermie, il est recommandable de faire de grands enveloppements froids autour du corps. Dans les cas où l'état du malade laissait à désirer du point de vue respiration et circulation nous avons pratiqué, avant le choc peptonique, une injection d'huile camphrée additionnée de strychnine.

Dans la plupart des cas, 2 à 4 chocs peptoniques suffisent pour juguler l'infection dans l'espace de 24 à 48 heures.

Il convient de dire quelques mots du traitement général qui est le même que celui de toutes les maladies infectieuses : surveiller l'état cardiaque et pulmonaire, contrôler la diurèse, alimenter légèrement le malade, le faire boire abondamment, etc...

Avec le traitement peptonique, l'administration d'antibiotiques n'est d'aucune utilité. Ni la pénicilline, ni la streptomycine essayées dans l'un ou l'autre cas n'ont exercé d'influence sur l'évolution de la maladie. Par contre, l'abcès de fixation est recommandable, en particulier chez les sujets qui présentent une défense défectueuse ; il peut être pratiqué dans tous les cas, sans aucun danger.

Certains médecins craignent le choc peptonique et renoncent à le pratiquer en vertu du vieux principe : « *Primum non nocere* ». D'autres pensent même qu'il est dangereux de l'appliquer.

Nous lisons dernièrement, sous la signature d'un clinicien français très avisé, cette affirmation que nous tenons à reproduire, bien que concernant le traitement de l'asthme bronchique : « Les injections intra-veineuses de peptone peuvent provoquer un choc violent, mettant la vie du malade en danger ; elles ne doivent jamais être pratiquées. » Nous avons déjà provoqué une trentaine de chocs peptoniques sans le moindre incident. Nous reconnaissons pourtant qu'il ne s'agit pas d'un procédé thérapeutique tout à fait anodin. On peut prévenir les effets secondaires du choc en administrant préalablement aux malades fragiles de l'huile camphrée et de la strychnine. Il sera toujours possible de freiner et même de juguler le choc par une injection intra-veineuse de calcium et d'adrénaline. Il convient pourtant de préciser que seule l'injection de peptone suivie d'un véritable frisson pourra produire l'effet désiré.

Il ne faut pas demander à ce procédé plus qu'il ne peut donner. Il y aura toujours des formes graves de paralysie infantile contre lesquelles rien ne pourra jamais rien. Nous avons encore devant les yeux un adulte de 40 ans que nous visitons dans son chalet, à la montagne, et qui se promenait dans sa cuisine, un

certain jour, à 15 heures. Comme il présentait les premiers signes de poliomyélite, une évacuation d'urgence sur l'hôpital fut décidée. Il y arrivait à 19 heures pour y décéder le même soir à 23 heures ! Il y a également les formes bulbaires de la maladie de Heine-Medin dans lesquelles — jusqu'à plus ample informé — une extrême prudence est de rigueur. Nous ne croyons pas que nous aurions le courage d'instituer notre traitement chez un malade placé dans un poumon d'acier.

Les observations dont nous disposons — 5 en totalité — sont, malgré leur éloquence, trop peu nombreuses pour permettre une conclusion.

Le but de cet article est simplement de livrer à la méditation des confrères ces quelques faits cliniques. Nous désirons également que les centres de recherches et d'études anti-poliomyélitiques s'y intéressent pour les étudier et les contrôler. Une expérimentation sur les singes serait utile.

SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 6 juillet 1953

Présidence : M. B.-J. LOÛRE, vice-président

COMMUNICATIONS

Association de l'hyaluronidase à l'insuline dans la cure de Sakel, par MM. G. DEMAY, R. MISES, J. BORIES et P. CHANOIT.

Les propriétés de l'hyaluronidase, comme facteur de diffusion, sont aujourd'hui largement utilisées dans diverses branches de la thérapeutique. Il nous a paru logique d'en faire l'essai dans la cure de Sakel.

Nous avons entrepris cette étude sur quelques malades en insistant surtout sur l'évolution générale de la cure. Il s'agissait de schizophrènes dont le diagnostic clinique était confirmé et l'état général satisfaisant.

Trois d'entre elles ont reçu l'association dès le début du traitement ; pour les trois autres, nous avons introduit l'hyaluronidase vers le milieu de la cure.

Nous utilisons la technique habituelle en commençant par 10 minutes, puis en progressant de 10 en 10 minutes jusqu'à l'obtention du coma. Le resucrage est fait au bout d'une heure par sonde gastrique.

La dose d'hyaluronidase est standard : 2,5 U.R.V. par malade (1).

(1) Nous avons utilisé pour notre travail l'hyaluronidase d'origine bactérienne préparée sous le nom d'hyason par les laboratoires de l'endopancrine.

Voici brièvement rapportées les observations de nos malades.

Boi... : internée le 20 mars 1951 pour état schizophrénique avec troubles du comportement, opposition, troubles mimiques, idées d'influence, réactions impulsives.

Début du traitement le 15 avril, l'hyaluronidase est associée dès le début. Premier coma avec 75 unités. On a pu baisser les doses jusqu'à 25 unités au 15^e coma, depuis le 25^e coma doses de 40 à 50 unités. A partir du 40^e coma augmentation progressive des doses jusqu'à 80 unités. Aucun incident n'a été observé. Donc, possibilité d'obtenir des comas avec 25 unités d'insuline, mais nécessité de réaugmenter les doses vers le 40^e coma. Aucun incident au cours de la cure.

Col... : internée le 21 mars 1953 pour schizophrénie évoluant depuis plusieurs mois. Gros troubles du cours de la pensée, discordances, incohérences, interprétations multiples. Traitée antérieurement aux Enfants-Malades par électrochoc et cure de Sakel.

Début du traitement le 24 avril. Hyaluronidase associée dès le début. Le premier coma est obtenu le 2 mai avec 80 unités. Par la suite, les doses se maintiennent entre 60 et 80 unités. Jamais d'incidents.

Ler... : internée le 11 avril 1953 pour troubles discordants, troubles du cours de la pensée, ambivalence, stéréotypies, mimique énigmatique.

Début du traitement le 24 avril 1953. Hyaluronidase associée dès le début. Le premier coma est obtenu le 1^{er} mai avec 70 unités. Par la suite, les doses s'établissent entre 60 et 80 unités. Jamais d'incidents.

San... : internée le 20 décembre 1952. Stéréotypies, rires immotivés, maniérisme, flou de la pensée, impulsivité.

Début du traitement le 24 mars. Premier coma le 8 avril avec 110 unités. Les doses doivent être maintenues ensuite entre 105 et 110 unités.

Le 22 mai, au 33^e coma, on passe de 105 à 60 unités en associant l'hyaluronidase. Le coma est incomplet, mais avec 70 unités, on obtient, le lendemain, un coma complet. Depuis, les doses varient entre 70 et 80 unités. Jamais d'incidents.

Donc, l'introduction de l'hyaluronidase permet l'obtention du coma avec 70 unités au lieu de 110.

Eté... : internée le 30 mars 1953 pour état schizophrénique évoluant depuis décembre 1951. Troubles du cours de la pensée, inhibition, discordances, syndrome hallucinatoire.

Début du traitement le 8 avril. Premier coma le 26 avril avec 130 unités. Au 3^e coma, collapsus survenant juste avant le réveil nécessitant l'emploi d'analeptiques à très forte dose. Quatre heures plus tard, rechute du coma, glycémie à 0,30, traitement par sérum glucosé hypertonique et bévitine intraveineuse. Le lendemain, sans traitement, persistance de tachycardie à 112 avec tendance au collapsus, glycémie : 0,92. Le jour suivant, reprise du traitement avec 70 unités d'insuline associées à l'hyaluronidase. On obtient un demi-coma. Par la suite, les comas sont régulièrement obtenus avec des doses variant de 60 à 70 unités, sans aucun incident.

Ainsi, chez une malade ayant fait au cours du troisième coma un accident cardio-vasculaire grave avec troubles neuro-végétatifs persistants après

24 heures, l'introduction de l'hyaluronidase permet la reprise du traitement sans incident, en diminuant les doses d'une manière très importante.

Ben... : internée le 3 mars 1953 pour état schizophrénique, troubles du cours de la pensée, ambivalences, rires immotivés, opposition.

Début du traitement en mars 1953. Le premier coma est obtenu avec 80 unités, par la suite les doses nécessaires atteignent 90 à 100 unités, puis s'établissent rapidement aux environs de 80. Au 16^e coma, après resucrage, le réveil ne se produit pas. Il est nécessaire d'administrer du sérum glucosé hypertonique intraveineux et du maxiton. Par la suite, des incidents semblables se répètent et obligent à pratiquer systématiquement des injections de sucre intraveineuses. Au 36^e coma, on introduit l'hyaluronidase en baissant la dose d'insuline de 80 à 45 unités. Le coma est obtenu. Puis le traitement est poursuivi à des doses variant entre 65 et 75 unités, c'est-à-dire de très peu inférieures à celles employées précédemment, mais on n'observe plus aucun incident et le resucrage par sonde peut être repris.

Courbe des variations de la glycémie

Malades	Glycémie à jeun	1/4 h. ap. inj.	1/2 h. ap. inj.	1 h. ap. inj.	2 h. ap. inj.
—	—	—	—	—	—
San... ..	0,72	0,60	0,41	0,33	0,20
Boi... ..	0,95	0,80	0,58	0,49	0,25
Ben... ..	0,80	0,60	0,45	0,31	0,23
Col... ..	0,98	0,60	0,41	0,33	0,20
Ler... ..	1,12	0,60	0,39	0,30	0,19
Eté... ..	1,05	0,55	0,37	0,29	0,18

Sur le plan clinique, nous envisagerons successivement les malades de nos deux groupes.

1° Malades ayant eu l'association dès le début de la cure. — Le coma est toujours obtenu avec des doses inférieures à 80 unités.

En commençant avec 10 unités et en augmentant de 10 en 10 unités, c'est dès le 7^e jour que le premier coma est obtenu.

Au cours de la cure, si au début, il nous avait paru possible de baisser, considérablement dans certains cas les doses d'insuline, par la suite, il est devenu nécessaire d'augmenter ces doses qui restent cependant voisines de 80 unités.

Aucun incident n'a été observé dans de telles conditions.

2° Malades, chez lesquelles l'association insuline-hyaluronidase a été entreprise au cours du traitement. — Avant l'introduction de l'hyaluronidase, la cure de Sakel se déroule de la façon habituelle.

Le premier coma survient plus tardivement.

Les doses d'insuline nécessaires au départ sont plus importantes.

On observe quelques incidents.

Un incident grave fait même discuter chez une de nos malades l'interruption de la cure.

L'introduction de l'hyaluronidase : a) nous permet au début d'abaisser parfois d'une façon importante les doses d'insuline, doses que l'on doit réaugmenter par la suite, mais qui stationnent toutes aux environs de 80 unités ;

b) d'autre part, il s'établit une parfaite tolérance à l'insuline et les accidents observés jusque-là disparaissent. A signaler, en particulier, la reprise sous hyaluronidase de la cure chez la malade ayant présenté un accident cardio-vasculaire grave.

Au décours des incidents qui avaient nécessité l'instauration de l'hyaluronidase et après la régularisation des comas avec des doses d'insuline inférieures, nous avons pu supprimer l'hyaluronidase sans modifier les doses d'insuline.

Déjà un auteur italien, A. Sacerdotti, avait écrit quelques considérations sur l'action facilitante de l'hyaluronidase dans le coma insulinaire.

Il observait deux sortes de phénomènes : une chute plus rapide et plus marquée de la courbe glycémique, une profondeur plus grande du coma.

Le nombre restreint de cas, le peu de recul que nous avons de cette association ne nous permettent pas de tirer des conclusions définitives. Toutefois, il ne nous semble pas que cette action se traduise par une chute plus rapide et plus profonde de la glycémie, ni par une profondeur plus grande du coma pour des doses égales d'insuline.

A notre avis, il s'agirait plutôt d'une meilleure utilisation de l'insuline, d'une diffusion plus constante et plus complète, comme le montrent l'obtention rapide du premier coma et l'égalité des doses d'insuline d'une malade à l'autre. En aucun cas nous n'avons été amenés à utiliser les fortes doses d'insuline parfois nécessaires.

La disparition des accidents notés avant l'introduction de l'hyaluronidase mérite d'être soulignée.

De même, le réveil rapide, l'absence d'accidents post-hypoglycémiques, pourraient être attribués à l'action de l'hyaluronidase non plus sur l'insuline mais sur le sucre.

Ainsi, nous avons été amenés à penser que, quel que soit le stade du coma insulinaire, l'hyaluronidase agit sur l'ensemble des mécanismes humoraux, en amenant la régulation et le fonctionnement dans des conditions optima.

Malgré l'étude restreinte que nous présentons, il semble donc que l'hyaluronidase soit un produit susceptible d'être utilisé dans les cas de cures de Sakel, où les comas sont difficiles à obtenir, irréguliers ou entrecoupés d'incidents.

Ainsi se trouve confirmée l'action très intéressante de l'hyaluronidase, déjà utilisée dans notre service en de nombreuses associations, notamment avec la chloro-bromazine (4560 R.P.) et qui mérite, comme nous nous proposons de le faire, des recherches plus poussées.

Métamorphopsies dans un syndrome schizophrénique, par MM. J. DELAY, P. DENIKER et A. GRASSET.

Des observations de métamorphopsies au cours de syndromes neurologiques, en particulier dans les tumeurs cérébrales, ont été bien étudiées.

C'est ainsi que L. Van Bogaert, en 1934, a consacré à ce sujet un important mémoire (1).

Par contre, il ne nous a pas été possible de trouver un travail faisant état de troubles analogues en psychopathologie.

Ceci nous a incités à présenter aujourd'hui l'observation de notre malade.

OBSERVATION. — Paul, âgé de 20 ans, a été hospitalisé en février 1952 à la clinique des maladies mentales, en raison d'un syndrome schizophrénique tout à fait typique : attitude en flexion, faciès figé, triste, inertie, conservation des attitudes, désorientation, dysmnésie, incohérences verbales témoignant de troubles profonds du cours de la pensée. Il y avait des hallucinations auditives verbales, des idées délirantes mal systématisées de transformation corporelle notamment.

Le début des troubles pouvait être situé au mois de mai 1948 ; en même temps qu'un état infectieux, avec fièvre et rachialgies, étaient apparus un nystagmus, des idées délirantes de persécution, des hallucinations auditives et des phénomènes dont nous reprendrons plus loin l'analyse. Toutefois, le début était plus ancien peut-être ; en décembre 1947, Paul avait présenté un épisode oniride nocturne qui était alors resté sans lendemain.

A son entrée notre malade ne présentait aucun autre signe neurologique que le nystagmus, déjà noté, nystagmus de type pendulaire accompagné d'une hyperflectivité vestibulaire bilatérale. L'électro-encéphalogramme comportait un rythme alpha peu volté, de 8 à 9 c./s. avec réaction d'arrêt visuelle médiane, un rythme thêta de 5 à 6 c./s. de même voltage approximatif et quelques éléments isolés plus lents à la limite de la bande delta, surtout dans les dérivations postérieures.

La ponction lombaire ramenait un liquide clair avec deux lymphocytes au mm³, 0 g. 24 d'albumine par litre, un Bordet-Wassermann négatif et un bégaiement flocculant dans les dix derniers tubes. L'encéphalographie gazeuse standard ne montrait aucune anomalie morphologique.

L'examen psychologique nous a donné un niveau mental normal faible : quotient intellectuel = 83 au Wechsler-Bellevue. Le Rorschach n'a montré aucun signe pathologique.

Notre malade a subi une cure de Sakel (30 comas) qui a entraîné une amélioration remarquable. Depuis plusieurs mois le comportement est normal et seuls persistent des troubles que nous allons essayer d'analyser.

(1) L. VAN BOGAERT. — Sur des changements métriques et formels de l'image visuelle dans les affections cérébrales (micropsies, macropsies, métamorphopsies, téléopsies), *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 34, 717-725, décembre 1934.

Dans le domaine visuel, ce sont des transformations très fugaces d'objets banaux, et des apparitions également brutales et transitoires. Ainsi, à la place d'un tampon buvard, Paul voit brusquement un encrier. Au lieu d'un stylo noir, Paul voit un crayon rouge. Une voiture grise devient rouge. Un poteau télégraphique se penche, s'incurve ou bien prend la forme d'un Z. Une enseigne : *comestible* devient *combustible*. Les visages d'interlocuteurs se modifient brusquement ou disparaissent. D'autres fois, apparaissent des chapeaux sur les têtes des passants en réalité têtes nues, des cheminées de zinc au milieu de la rue qui s'avancent en oscillant.

Toutes ces perceptions visuelles anormales sont remarquablement construites en trois dimensions, et très colorées, donnant l'illusion parfaite de la réalité ; elles sont incontrôlables par le toucher, car elles ne durent que quelques secondes. Elles sont néanmoins toujours reconnues comme anormales par le malade qui ne peut s'empêcher souvent de rire de leur caractère cocasse.

À côté de ce phénomène purement visuel, se situent d'autres troubles qui semblent en même temps mettre en jeu des perceptions vestibulaires et cénesthésiques, c'est ce que le malade nomme des balancements ; il s'agit d'une impression de modification dans la situation spatiale relative de son corps et des objets qui l'entourent. Il semble alors à Paul que tout bouge autour de lui, que la terre se balance sous ses pieds, que les murs se renversent, que les objets tournent sur eux-mêmes, en même temps qu'ils subissent des incurvations. Les troubles ne s'accompagnent ni de nausées, ni de pertes de l'équilibre, et leur caractère pathologique est reconnu du malade. Ils sont, là encore, de durée très brève mais se répètent fréquemment. Ils sont également ressentis dans l'obscurité. Par contre, ils n'apparaissent plus après quelques minutes de repos en décubitus.

Un autre phénomène mérite d'être rapproché des précédents ; un jour, alors que Paul tâtait dans sa poche une boîte d'allumettes, il a eu un instant l'impression que celle-ci se transformait en un biscuit ; il savait bien que cela était faux.

Tous ces troubles sont remarquables par leur durée brève, la conscience qu'a le sujet de leur caractère pathologique, la fréquence très grande avec laquelle ils se reproduisent, sauf en ce qui concerne le dernier incident. Notons que de lui-même le malade les rapproche d'un écho verbal de la pensée qu'il éprouve encore quelquefois, et dont il accuse, là encore, le caractère pathologique.

Ainsi, nous avons affaire à un malade qui a présenté un syndrome schizophrénique, dont on peut invoquer la nature encéphalitique. Après le traitement qu'il a subi, il persiste seulement les troubles perceptifs que nous avons analysés. Ces troubles, en particulier les métamorphoses, doivent être rapprochés de ceux que l'on peut observer dans les syndromes neurologiques, principalement. En raison de leur caractère pathologique constamment reconnu par le sujet qui les apparente aux hallucinoses. Pourtant, nous semble-t-il, c'est à un étage différent d'intégration qu'ils se situent.

Une preuve semble en être donnée par le fait qu'il ne s'agit pas ici de troubles localisés à un domaine sensoriel. On voit se succéder des

troubles visuels, vestibulaires, auditifs. Certains phénomènes paroxysmiques semblent comporter à la fois des composantes d'ordre cénesthésique, visuel et vestibulaire.

Peut-être de tels troubles, s'ils étaient systématiquement recherchés, apparaîtraient-ils plus fréquents chez des schizophrènes. Plus probablement, nous semble-t-il, une étiologie encéphalitique explique la présence de tels signes.

Annésie de mémoration sans affaiblissement intellectuel chez un paralytique général, par MM. J. DELAY, P. DENIKER, J. PUECH et A. GRASSET.

Les formes amnésiques de la paralysie générale sont classiques ; P. Giscard y a consacré sa thèse en 1930 (1). Sans parler des ictus amnésiques transitoires, les cas d'annésie suffisamment purs sont rares dans la paralysie générale : Vigouroux et Prince, Marchand, Giscard, Guiraud et Leulier en ont rapporté quatre cas depuis 1912.

Le malade que nous présentons nous a paru intéressant du fait que les troubles de la mémoire — imposants et caractéristiques — constituent tout le syndrome psychique, sans autre déficit intellectuel depuis plus de deux ans.

OBSERVATION. — Robert, 51 ans, architecte, est entré le 20 décembre 1950 à la clinique des maladies mentales, avec le certificat suivant : « Syndrome démentiel, peut-être aggravé par un élément subconfusionnel. Désorientation, gros déficit mnésique et de l'auto-critique. Suggestibilité, désordre des actes, euphorie. Notion d'éthylisme antérieur et de crise convulsive récente. Dysarthrie discrète. Arflexie des membres inférieurs. Légère inégalité pupillaire sans signe d'Argyll-Robertson. Tremblement généralisé. Subictère. Des examens successifs du liquide céphalo-rachidien ont donné des résultats contradictoires : dans l'ensemble, hyperalbuminose, hyperleucocytose et benjoin colloïdal syphilitique, mais Bordet-Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. »

Les troubles avaient débuté deux mois et demi auparavant, alors que la syphilis était méconnue, à l'occasion d'un traitement par la pénicilline. Cet antibiotique avait été prescrit en raison d'une pneumopathie aiguë. Le malade avait présenté, dans la première semaine de ce traitement, plusieurs ictus épileptiformes, dont une crise d'épilepsie généralisée typique observée en milieu médical.

Après six semaines d'hospitalisation dans le service, l'état de confusion mentale s'est dissipé, et c'est à son décours, tandis que le malade retrouvait ses autres fonctions psychiques, que s'est précisé le déficit mnésique sur lequel nous allons revenir.

(1) P. GISCARD. — La forme amnésique de la paralysie générale. *Thèse*, Toulouse, Cléder édit., 1930.

Rappelons auparavant le problème diagnostique posé par ce malade dont l'affection fut révélée par une pénicillothérapie : si la clinique psychiatrique était typique, l'examen neurologique montrait une aréflexie tendineuse aux quatre membres, une baisse de l'acuité visuelle (5/10 de chaque côté) et une légère irrégularité pupillaire sans modification des réflexes photomoteurs. Malgré la négativité des réactions spécifiques de Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, on a cru pouvoir affirmer la syphilis sur l'existence d'une réaction d'immobilis du tréponème de Nelson très positive dans le sang ; dans le liquide céphalo-rachidien, présence de 0 g. 70 d'albumine, de 37 lymphocytes au mm³, enfin floculation du benjoin, totale dans les dix premiers tubes et partielle dans les deux suivantes.

L'électro-encéphalogramme comportait un rythme de repos de 6 à 7 c.'s. avec réaction d'arrêt visuelle médiocre, et à l'hyperpnée, de bouffées lentes et amples dans toutes les dérivations, persistant deux minutes après la fin de l'épreuve. Une encéphalographie gazeuse standard montrait une atrophie cérébrale avec dilatation globale des ventricules latéraux plus marquée à droite.

Voici l'analyse des troubles mnésiques de notre malade. Il garde des souvenirs étendus de son passé, et peut faire un récit de son existence jusqu'aux premiers années de la guerre 1939-1945. Il est capable de dessiner avec beaucoup de détails le plan des lieux où il a vécu à V... et situe très bien cette ville de banlieue par rapport à la capitale. De même, il trace de façon précise le plan de la maison qu'il a habitée ensuite à M...

Les dernières années de la guerre sont connues de façon moins précise, et, à partir de 1947, B... ne se souvient plus de rien.

Ainsi, actuellement, et depuis deux ans et demi qu'il est hospitalisé dans le service, Robert oublie à mesure tout ce qu'il vient de percevoir ou de faire. Il peut soutenir une conversation, mais aussitôt qu'on le quitte, il a perdu la notion même de l'entretien qu'il vient d'avoir. Il est capable de dessiner sa maison de V..., mais dix minutes plus tard, il ne se souvient plus l'avoir fait. Après trois ans de séjour, il n'est pas sûr de se trouver à Sainte-Anne. Ses yeux essaient de s'attacher à quelque repère. Il regarde ses vêtements, cherche sa ceinture, pense être chez lui, puis dans un hôpital, « à Sainte-Anne, je suppose ». Abandonné à lui-même dans le dortoir, il ne peut retrouver son lit. Il ne reconnaît, ni les infirmiers, ni les médecins. Parfois, cependant, lorsqu'il a vu quelqu'un chaque jour pendant plusieurs mois, il est capable de retrouver son nom, à la condition qu'on lui donne un repère, la lettre initiale du nom. Robert ne peut indiquer la date ; chaque matin, pour tant on lui donne un journal, il le lit et se répète la date à lui-même, rien n'y fait ; trois minutes après avoir quitté le journal des yeux, il ne peut s'orienter dans le temps. Chaque année, il faut à B... trois ou quatre mois pour apprendre le millésime, qu'il énonce d'ailleurs sans conviction : « M'a-t-on dit ». Par contre, il arrive à se faire pour un instant une notion approximative de la saison : « Les arbres n'ont plus de feuilles, il a neigé, je suppose que nous sommes en décembre ou en janvier. » Lui demande-t-on son âge, il faut que Robert fasse un calcul, la différence entre l'année qu'il suppose actuelle et l'année de sa naissance dont il se souvient parfaitement. Il parle de ses parents, morts depuis six ans, comme s'ils étaient encore vivants ; il parle aussi de son fils, mais indique toujours le même âge, 14 ans, alors que celui-ci est maintenant âgé de 18 ans. Sa femme, son enfant, viennent le voir régulièrement, il ne se souvient jamais les avoir vus. L'amnésie

s'étend avec la même intensité à toutes les perceptions, qu'elles soient visuelles, auditives ou tactiles. Nous avons essayé un test classique de mémorisation qui comporte l'énumération de quinze mots consécutifs. Le résultat est déplorable. Quatre ou cinq seulement de ces mots sont retenus, répète-t-on l'épreuve plusieurs fois, aucun apprentissage n'est possible ; à la cinquième fois, le score n'est pas meilleur.

Contrastant avec cette perte des facultés de mémorisation, les autres facultés sont remarquablement conservées. Robert est parfaitement conscient de son trouble de la mémoire ; son attention est soutenue lorsqu'on lui parle ; il se tient la tête dans les mains, fronce les sourcils et fait des efforts pour se souvenir. Son jugement semble bien conservé. Les tests psychométriques viennent d'ailleurs confirmer cette impression clinique d'une absence d'affaiblissement intellectuel véritable. A plusieurs reprises, on a obtenu au Wechsler-Bellevue un quotient intellectuel de 112 à l'échelle verbale et de 110 à l'échelle de performance. Les tests confirment également la conservation des acquisitions anciennes, dont les acquisitions d'ordre scolaire : arithmétique, etc...

Mais nous voudrions insister surtout sur l'intégrité chez ce malade des facultés de *fixation* immédiate. Il peut répéter sans erreur une série de huit chiffres à l'endroit et une série de quatre chiffres à l'envers, ce qui est supérieur aux résultats moyens que l'on peut obtenir chez un sujet de 50 ans. Il est parfaitement capable de jouer aux cartes. La belote est son jeu favori, et il gagne le plus souvent. Seulement, s'il joue avec des partenaires qui réfléchissent trop longtemps, il est perdu, car il ne se souvient pas des cartes qui ont déjà été jouées.

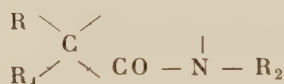
Nous avons cru intéressant de rechercher chez ce malade ce que pouvaient apporter les épreuves pharmacodynamiques et nous lui avons fait subir une narcose à l'amytal suivie d'une injection intraveineuse de méthyl-amphétamine. La narcose a demandé une dose élevée d'amytal (un gramme), alors que le malade pèse seulement 56 kilos. Durant cette narcose, Robert a conversé d'abord comme s'il se trouvait chez lui à V... : il voulait se lever, mettre ses chaussures, faire sa toilette, prendre le train et aller à son travail. Puis, lorsque nous lui avons fait remarquer qu'il n'était pas dans sa chambre, il a cherché où il pouvait être et a fini par penser qu'il était peut-être à l'hôpital ; depuis combien de temps ? Trois ou quatre jours. Il a ensuite raconté son existence à M... Lorsqu'il a été un peu plus éveillé, nous lui avons demandé le millésime ; il a répondu 1952 après avoir bien réfléchi ; or, nous étions le 15 avril 1953, et, le matin même, il avait pu indiquer l'année exacte. Nous avons ensuite injecté 30 milligrammes de méthylamphétamine sans obtenir autre chose qu'une grande agitation et des variations plus rapides dans le désordre de l'orientation. Robert se trouvait par moment chez lui à V..., ou bien à M..., ou bien à son usine. Ces explorations n'ont donc en bref amené aucun élément nouveau qui soit essentiel ; elles ont laissé apparaître une fabulation qui n'existe pas à l'état normal ; elles semblent avoir abaissé encore chez lui le niveau d'intégration sans faire émerger aucun souvenir qui n'apparaisse déjà à l'état de veille.

Cette observation, après d'autres, vient à l'appui de la thèse que l'un de nous a défendue, selon laquelle la mémoire de fixation des classiques est le résultat d'une opération qui se fait en deux étages : la

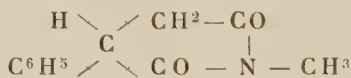
fixation proprement dite et la mémoration ; chez notre malade, la fixation n'est pas perturbée ; la mémoration seule est impossible, cet acte de synthèse mentale qui permet d'intégrer, en particulier dans le temps, un phénomène perçu et fixé dans l'immédiat. Chez notre malade, seuls les faits constamment répétés paraissent mémorés dans la mesure où ils sont perpétuellement fixés et refixés.

Traitement de dix cas d'épilepsie par le N-méthyl-alpha-phényl succinimide, par M^{lle} G. GANIDEL, MM. J. THUILLIER et M. HENNE.

Nous avons traité 10 malades par un antiépileptique dont la synthèse est récente : la N-méthyl-alpha-phényl-succinimide. La structure chimique de ce corps l'apparente aux autres anticonvulsivants qui ont enrichi successivement l'arsenal thérapeutique : barbituriques (1912), hydantoïne (1937), oxazolidines (1948), acylurées (1951). Il est remarquable de constater que les formules chimiques de tous ces anticonvulsivants ont une partie commune :



C'est cette analogie structurale qui, en 1951, a servi de base à Miller et Long, aux Etats-Unis, pour effectuer de nouvelles synthèses de corps dérivés des succinimides. Chen et ses collaborateurs, étudiant les produits, ont montré que le plus intéressant était la N-méthyl-alpha-phényl-succinimide, dont la formule est :



Zimmermann, en 1951, étudie l'activité du produit chez l'homme. En Grande-Bretagne, les résultats cliniques sont publiés par Millichap en 1952. En France, l'un de nous signale le produit et rend compte des études expérimentales faites au laboratoire de la Clinique des maladies mentales (Thuillier, Société de biologie, séance du 22 mars 1952). En janvier et février 1953 paraissent, à quelques jours d'intervalle, les études cliniques faites par Lereboullet et ses collaborateurs, d'une part, Delay et ses collaborateurs, d'autre part. Nous avons administré le produit à des adolescentes pensionnaires à l'institut médico-psychiatrique pour épileptiques de Bry-sur-Marne. Les examens électroencéphalographiques ont été faits au laboratoire de l'hôpital Henri-Rousselle. Deux enfants sont au traitement depuis juillet 1952, ce qui donne à notre étude un an de recul, 8 sont au traitement depuis février 1953.

OBSERVATION I. — *Josette G...*, 17 ans. — La comitialité s'est manifestée vers 10 ans par des crises typiques et des absences (suspension simple de la conscience et de l'activité). Elle a une à trois crises par mois, des absences incommensurables (une vingtaine au minimum). Elle est continuellement dans un état de légère obnubilation. L'électro-encéphalogramme montre un tracé de petit mal avec de nombreuses bouffées de pointes-ondes bilatérales synchrones correspondant à des absences.

En juillet 1952, elle est à 0 g. 20 de gardénal, 0 g. 20 d'hydantoïne, 0 g. 60 de triméthadione. On remplace, le 20 juillet, 0 g. 05 de gardénal et 0 g. 60 de triméthadione par 1 g. 80 de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide (dans tous les cas la substitution a été progressive). Il n'y a pratiquement pas de changement. On passe à 3 g. 60 le 21 août. Vers la mi-septembre les absences peuvent enfin être comptées. L'amélioration, toutefois, ne sera vraiment satisfaisante que lorsqu'on aura adjoint au N-méthyl-alpha-phényl-succinimide un peu d'ortédrine.

Depuis octobre 1952, il y a eu deux crises. Les absences, sauf quelques phases mauvaises, sont comptables (moins de 10, quelquefois aucune). L'électro-encéphalogramme n'est pas modifié.

Le comportement est très amélioré. La jeune fille n'est pas obnubilée. Dans toute son attitude il y a moins de lourdeur, plus de souplesse, de spontanéité. Ce changement se reflète dans le test de Rorschach. Les réponses viennent plus vite, sont plus riches.

En juillet 1952, 29 réponses, en juin 1953, 52 réponses. Elle donne au deuxième test la kinesthésie classique de la troisième planche qu'elle n'avait pas donnée au premier. Elle s'intéresse au test, s'amuse de certains détails. Comme chez beaucoup d'épileptiques qui vont mieux, le test moins pauvre, moins désorganisé, paraît plus typiquement épileptique. Le sujet devient plus sensible à la couleur et au mouvement. Les formes sont moins floues. Voici la dixième planche des deux tests, on pourra apprécier qualitativement la différence sans qu'il soit besoin de commentaires.

Premier test : ça fait comme une araignée, comme un crabe. Là, ça fait comme une carte de géographie.

Deuxième test : ça, alors ! comme une araignée à peu près. Là on dirait comme une fleur qui va s'ouvrir (expression-mouvement). Là, c'est le haut du cou, au milieu, en rouge, on dirait une feuille (c'est la couleur orange qu'elle confond avec le rouge, ce qui, pour F. Minkowska, est très caractéristique de l'épilepsie). Là des pinces, etc... (10 réponses au total).

Il n'y a jamais eu de signes d'intolérance.

Obs. II. — *Alice P...*, 17 ans. — Première crise à 8 ans. Crises rares. Absences nombreuses (une centaine par mois pour autant que l'on puisse tenir un compte exact des absences), c'est le plus souvent une suspension simple de la conscience, d'autres fois beaucoup plus rares, c'est la continuation d'un acte entrepris. A l'électro-encéphalogramme on enregistre de nombreuses bouffées de pointes-ondes bilatérales non-synchrones, la bouffée débutant à droite une fraction de seconde avant la gauche.

En juillet 1952, elle se trouve à 0 g. 25 de gardénal. Le 28 juillet on la met à 0 g. 15 de gardénal et 1 g. 20 de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide, puis 2 g. 40, puis 3 g. L'amélioration est alors sensible. On essaie à la mi-octobre de supprimer le gardénal en augmentant la N-méthyl-alpha-phényl-succini-

mide. On ne peut pas maintenir cette suppression, le nombre des absences monte en flèche. Actuellement : 0 g. 15 de gardénal et 3 g. de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide. Le nombre des crises n'a pas diminué : deux crises en un an avant le traitement, quatre crises en un an après (on peut difficilement juger de la valeur réelle de cette légère augmentation). Les absences sont plus rares (pas plus d'une cinquantaine par mois) et surtout elles sont plus courtes et handicapent beaucoup moins l'enfant. L'électro-encéphalogramme n'est pas modifié. La jeune fille est plus vive, mieux adaptée. Quelques difficultés caractérielles d'apparition récente sont indépendantes du traitement (elle rêve d'abandonner l'apprentissage et d'être placée comme petite bonne).

Le Rorschach porte la trace de ces troubles (abondance des Dbl) et cependant entre celui de juin 1952 et celui de juin 1953, on peut relever des différences dans le sens de l'enrichissement. Le second, non seulement comporte plus de réponses (49 contre 27), mais encore ces réponses sont plus précises et plus nuancées. La vision des formes est plus nette et n'est pas comme débordée par la couleur. Par exemple, il n'y a plus d'interprétation couleur pure dans le deuxième test (il y en avait deux dans le premier). Il y avait dans le premier test deux interprétations dans lesquelles la couleur prenait le pas sur la forme (CF), il n'y en a pas dans le deuxième. Au premier examen, plusieurs fois la jeune fille avait désigné une tache sans pouvoir lui assigner un contour et un nom. Au second examen ce mode d'appréhension n'existe plus. Mieux, chaque tache qui avait été désignée ainsi la première fois trouve un nom la deuxième fois.

La jeune fille s'est plainte passagèrement d'un peu de prurit.

Les autres malades ont reçu le traitement quatre mois.

Obs. III. — *Nicole P...*, 15 ans. — Chez elle, le traitement a été interrompu parce que ne donnant pas de résultats satisfaisants. Présente trois ordres de phénomènes : crises typiques, absences et « malaises » au cours desquels elle tombe brutalement et se relève quelques secondes après. Electro-encéphalogramme = tracé extrêmement altéré, avec de très longues bouffées bilatérales synchrones de pointes-ondes infra-cliniques. Entre les bouffées qui occupent la presque totalité du tracé, rythme lent anormal.

En février elle reçoit 1 g. 80, puis 3 g. de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide. Le traitement a semblé très efficace du 12 au 26 février, puis les malaises ont repris leur intensité première, si bien qu'on n'a pu poursuivre l'expérimentation. A noter cependant que les absences ne sont pas réapparues après l'administration du N-méthyl-alpha-phényl-succinimide.

Obs. IV. — *Mireille T...*, 14 ans, est le deuxième et dernier cas pour qui on a interrompu le traitement parce qu'insuffisamment efficace.

Trois types d'accidents : crises typiques, absences et malaises (perd conscience, tombe et se relève presque immédiatement). Electro-encéphalogramme = bouffées d'ondes lentes, hypersynchrones bilatérales à prédominance bifrontale. Bouffées de pointes-ondes à l'hyperpnée.

En janvier 1953, elle reçoit 2 g. 40 de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide. La courbe des malaises amorce une descente qui ne se maintient qu'une douzaine de jours. La N-méthyl-alpha-phényl-succinimide a été continuée jusqu'en juin sans amélioration notable. A ce moment l'électro-encéphalogramme est inchangé.

Obs. V. — *Yvette*, 20 ans. — Epilepsie révélée à l'adolescence. Electro-encéphalogramme = anomalies importantes diffuses prédominant à l'hémisphère gauche. Ondes lentes et pointes-ondes dégradées (pas de signe clinique de localisation). De une à trois crises par mois et de 20 à 100 absences (pures).

En février 1953, elle est à 0 g. 15 de gardénal, 0 g. 20 d'hydantoïne. On supprime 0 g. 05 de gardénal et on ajoute 1 g. 80 de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide, puis 3 g. Les absences sont moins longues et moins gênantes, leur nombre est peu modifié. Il n'y a pas eu de crises. Le caractère, autrefois boudeur, opposant, fantasque, s'est notablement amélioré. Cependant, il sera nécessaire de prolonger l'observation.

Obs. VI. — *Christiane R...*, 16 ans. — Epileptique depuis l'enfance, crises et absences. Electro-encéphalogramme = très nombreuses bouffées infracliniques de pointes-ondes bilatérales synchrones. Elle a une ou deux crises par mois et de nombreuses absences.

Elle est, en février 1953, à 0 g. 30 de gardénal et 0 g. 20 d'hydantoïne. On ajoute 1 g. 80 de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide, puis 3 g. Depuis, il n'y a eu que deux crises (en quatre mois). La courbe des absences est nettement abaissée, les absences sont plus courtes. Il n'y a pas eu d'incident grave sur le plan caractériel, ce qui était fréquent. Le tracé électro-encéphalogramme est amélioré. On n'enregistre pas de bouffées de pointes-ondes.

Obs. VII. — *Irène B...*, 17 ans. — Epileptique depuis l'âge de 12 ans. Crises et absences (quelques rares fois avec continuation du geste commencé). Electro-encéphalogramme = quelques altérations lentes. L'hyperpnée déclenche des pointes-ondes bilatérales synchrones. Elle était, au début de son séjour, sujette à de nombreuses crises et, de plus, extrêmement caractérielle. Puis s'était à tous points de vue considérablement améliorée.

En janvier 1953 on assiste à la première rechute grave : une crise, nombreuses absences, troubles importants du caractère. Elle est alors à 0 g. 20 de gardénal, 0 g. 20 d'hydantoïne, 0 g. 60 de triméthadione. On ajoute, le 13 février, 1 g. 80 de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide et malgré la suppression ultérieure de toute l'hydantoïne et de tout le triméthadione, la rechute a été immédiatement stoppée et le mieux s'est maintenu jusqu'à ce jour. A l'électro-encéphalogramme, rythme de base identique au précédent. On n'enregistre plus d'absences. L'hyperpnée déclenche seulement deux pointes-ondes isolées, localisées à l'hémisphère droit. Le tracé est amélioré, mais il donne cette fois une notion d'asymétrie des anomalies.

Obs. VIII. — *Christiane H...*, 18 ans. — Première crise à 13 ans, crises typiques zéro à deux par mois, absences nombreuses (de 50 à 200 par mois) (sans phénomènes psycho-moteurs). Electro-encéphalogramme = nombreuses bouffées de pointes-ondes bilatérales synchrones.

Elle a, en février, 0 g. 15 de gardénal, 0 g. 60 d'hydantoïne. On adjoint 1 g. 80 de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide, puis 3 g. La courbe des absences continue à monter, puis redescend à la mi-mars. Depuis, elles n'ont atteint la dizaine qu'un jour. Le nombre des crises est de deux par mois, il n'y a pas eu de mois sans crise. Donc, peut-être une légère augmentation des crises, ce qui sera à vérifier par la suite. L'électro-encéphalogramme est identique au précédent. Le caractère qui était bon demeure inchangé.

OBS. IX. — *Béatrice P...*, 14 ans. — Premières crises vers 9 ans 1/2. Crises et absences (celles-ci évoquant le petit mal psycho-moteur). Electro-encéphalogramme = plusieurs absences cliniques avec bouffées de pointes-ondes. Entre les paroxysmes, courtes bouffées de pointes-ondes infra-cliniques, localisées ou prédominant à gauche. Les crises sont rares, zéro, une ou deux par mois. Les absences sont nombreuses.

En février 1953, elle a 0 g. 30 de gardénal, 0 g. 20 d'hydantoïne. Le 18 février on ajoute 1 g. 80 de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide, puis 3 g. sans amélioration. Vers la mi-mars on supprime 0 g. 15 de gardénal. Le nombre des absences regresse et sauf quelques pointes elles sont devenues rares.

Le fait le plus remarquable est l'amélioration des troubles du caractère. L'enfant était très opposante, à la moindre difficulté elle se cabre, boude, sa colère monte sourdement, progressivement, par paliers et explosions successives jusqu'à l'explosion incoercible contre laquelle aucune force morale ou physique ne peut rien. Elle est maintenant plus accessible au raisonnement. Sa colère, nous dit l'infirmière qui l'observe habituellement, « monte » moins haut. Son expression est moins dure, plus détendue. L'électro-encéphalogramme ne montre pas d'amélioration très sensible.

OBS. X. — *Nicole J...*, 18 ans. — Epilepsie post-traumatique. Vaste brèche pariétale postérieure gauche. Crises typiques (une à deux par mois). Absences nombreuses : plusieurs dizaines par jour. Electro-encéphalogramme = nombreuses bouffées bi-latérales de pointes-ondes correspondant à des absences. On note une légère asynchronie du début ou de la fin des absences (qui se font sur l'hémisphère gauche).

En février 1953 elle reçoit 0 g. 30 de gardénal, 0 g. 20 d'hydantoïne, 0 g. 15 d'ertédrine, 0 g. 60 de triméthadione. Le 12 février 1953 1 g. 80 de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide, puis 3 g. L'amélioration devient sensible un mois après le début du traitement et se maintient : quelques absences le matin seulement, moins d'une crise par mois (actuellement 0 g. 15 de gardénal, 0 g. 20 d'hydantoïne, 3 g. de N-méthyl-alpha-phényl-succinimide). Electro-encéphalogramme = légèrement amélioré, les bouffées de pointes-ondes seraient moins nombreuses et moins longues.

Chez aucune de ces malades ne sont apparus de signes toxiques, aucune anomalie de la formule sanguine. Les épreuves urinaires (examens cytologiques et chimiques) ont été négatives. Dans aucun des cas rapportés il n'y a eu d'aggravation des symptômes. Dans deux cas il n'y a eu aucune amélioration ou une amélioration insuffisante. Ces deux cas sont cliniquement comparables : malaises avec perte de conscience et inhibition brutale du tonus réalisant le type de la crise « akinétique ». Quelques enfants ont accusé une certaine somnolence non constatée par l'entourage et l'une d'elles un prurit.

Dans 8 cas, il y a eu amélioration plus ou moins importante, mais sensible. Celle-ci est survenue : 4 fois, après un temps de latence, comme s'il fallait attendre une certaine imprégnation par le produit. Nous n'avons jamais pu donner la M.P.S. seule, mais nous avons pu, presque toujours, diminuer les doses des autres anti-convulsivants.

L'amélioration a porté sur les différents aspects de la maladie : les absences ont diminué de fréquence et d'intensité dans la plupart

des cas (I, II, III, VI, VII, VIII, IX, X). Elles ont diminué seulement d'intensité une fois (V). Les crises sont moins nombreuses trois fois (I, VI, X) ; elles ont cédé, peut-être d'ailleurs temporairement, deux fois (V, VII). Elles ont été inchangées trois fois (III, IV, VIII). Elles ont peut-être augmenté faiblement dans deux cas (II, VIII). L'électro-encéphalogramme est amélioré trois fois (VI, VII, VIII), inchangé ou peu changé dans tous les autres cas contrôlés. Il semble n'y avoir pas parallélisme entre l'évolution clinique et l'évolution électro-encéphalographique. L'action sur le comportement est très intéressante. On n'a jamais constaté une augmentation de la somnolence et de la viscosité, mais au contraire une sorte de détente. Les malades sont moins violentes, leur présentation est plus souple, plus spontanée, plus « fluide », pourrions-nous dire. On n'a jamais l'impression (comme avec d'autres anti-convulsivants) de juguler des malaises en augmentant la viscosité. Ceci paraît vrai pour quatre des cas récents. Dans un cas récent (X), qui avait été rebelle à toute thérapeutique, l'amendement est frappant. Dans les deux cas anciens il est net, durable et confirmé par le Rorschach.

Il eût été intéressant de discerner les indications du produit, mais nous ne l'avons pu ni par la clinique, ni par l'électro-encéphalographie. La M.P.S. cependant s'est montrée efficace surtout sur les absences. Nous pouvons dire, dès maintenant, que la N-méthyl-alpha-phényl-succinimide nous a paru présenter deux avantages majeurs : son absence presque totale de toxicité ; son heureuse influence sur le comportement de nos malades.

Essai de traitement et de prophylaxie de l'état de besoin dans les toxicomanies alcooliques et autres, par M. Paul ABÉLY.

Les thérapeutiques actuelles de l'alcoolisme s'orientent surtout vers la désintoxication neuro-hépatique et vers le déclenchement de certains conditionnements aboutissant à des réflexes de nausée.

L'état de besoin, lequel provoque des symptômes névropathiques d'anxiété, d'agitation ou de confusion, n'apparaît que si l'on supprime brusquement et totalement l'appoint toxique : il gêne la poursuite de la cure et fait que souvent le sujet se dérobe au traitement ambulatoire. Il est évidemment évité dans le traitement par l'antabuse, puisqu'on fait absorber à l'intéressé du vin pour le déguster de son idole.

Mais cet état de besoin est surtout très important pour l'avenir, car son retour provoque les récives. C'est pourquoi j'ai tenté de rechercher les bases biologiques possibles de cet état de besoin.

Ce sont les données de ces recherches que j'apporte aujourd'hui. Ma documentation très modeste ne porte que sur 9 cas.

Constatations biologiques. — Sur ces 9 cas (6 femmes et 3 hommes), j'ai pu, huit fois, faire le contrôle suivant.

1° *Baisse tensionnelle* : la tension artérielle maxima se situant entre 10 et 12 1/2.

2° *Lenteur du pouls* oscillant entre 60 et 70 pulsations à la minute.

3° *Hypervagotonie* avec réflexe oculo-cardiaque nettement positif.

4° *Fléchissement constant du métabolisme basal* entre moins 10 et moins 40.

Un seul sujet avait une tension artérielle et un métabolisme basal normaux. Jamais je n'ai rencontré le type hypersympathicotonique.

5° *Hypercholestérolémie* entre 2 gr. 5 et 4 gr. 5. Je me dois de préciser qu'il s'agissait toujours de toxicomanies à retentissement mental (confus, jaloux, subdélirant), etc..

Considérations qu'entraînent ces constatations.

Trois explications peuvent être retenues.

A) Il s'agit d'un état constitutionnel antérieur à l'intoxication. Il y a plus de 20 ans que déjà les Docteurs Santenoise et Vidacowitch signalaient l'hypervagotonie habituelle des alcooliques, hypervagotonie rendant la cellule nerveuse plus réceptive au toxique. En revanche, la présence quasi-constante de l'hyperthyroïdie n'a jamais été indiquée jusqu'ici.

B) Il s'agit d'une insuffisance hépatique acquise, laquelle peut être responsable de l'hypercholestérolémie, peut-être de l'hypervagotonie et de l'hypothyroïdie.

C) Il peut s'agir d'une maladie de l'adaptation, selon les conceptions de Selye, consécutive aux stress toxiques répétés, aboutissant à des réactions diencéphaliques troublant à la fois les métabolismes biologiques et endocriniens.

J'ai pu ainsi personnellement contrôler que la cure de Sakel provoquait, dans la grande majorité des cas, une chute accentuée du métabolisme basal.

Applications thérapeutiques. — En partant de ces indications biologiques, je me suis attaché à traiter empiriquement ces symptômes suivants :

Dans ce but, j'ai soumis à la thérapeutique suivante 6 alcooliques et 3 héroïnomanes.

1° L'hypertension a été combattue par des injections de désoxycorticostérone (syncortyl) associée à la vitamine C ; 6 au total.

2° L'hypothyroïdie par de petites doses d'extrait de poudre de thyroïde (0,05 à 0,10).

3° L'hypervagotonie par un apport de belladone et de faibles doses de maxiton.

Mais l'état de besoin persistait et gênait la cure. C'est alors que je me suis adressé à l'électrochoc (3 à 4 séances tous les 2 ou 3 jours). L'effet a été surprenant, la disparition de l'anxiété immédiate.

Applications prophylactiques. — Ces 9 sujets avaient repris une vie extérieure normale. Il s'agissait cette fois d'éviter les récidives, c'est-à-dire le retour de l'appétence au toxique et de l'état de besoin.

Mon pourcentage est ici encore plus modeste, puisque je n'ai pu suivre ainsi que 3 sujets (deux alcooliques, une héroïnomane), mais l'expérience qui s'étend entre 2 ans et 14 mois a été concluante. Ces 3 sujets qui se sont prêtés volontairement à cette méthode ont jusqu'ici une conduite sociale normale et ne sont pas retombés dans leur fâcheuse habitude, cela grâce au traitement prophylactique suivant.

A) 10 jours par mois (en dehors des règles), prise quotidienne d'un cachet de poudre de thyroïde à 0,05.

B) 2 fois par semaine, une prise matinale d'un cachet de maxiton simple.

C) Enfin, chaque mois, une séance unique d'électrochoc.

J'ai cessé cet ensemble thérapeutique au bout d'un an. Leur tension artérielle était devenue normale, ainsi que le métabolisme basal et le pouls.

Un seul, ayant la crainte d'une réapparition de l'état de besoin, m'a redemandé, au 15^e mois, un électrochoc, qu'il répète actuellement chaque trimestre. Le rôle de l'électrochoc prophylactique intermittent a déjà été signalé par d'autres auteurs.

Aujourd'hui, j'ai voulu simplement apporter, sans commentaires hâtifs, ces quelques résultats obtenus par une thérapeutique strictement biologique sans m'intéresser spécialement à toutes les autres causes provocantes de cet état de besoin au toxique (individuelles, familiales, sociales, psychologiques, névropathiques, cénesthésiques, etc...). C'est donc un essai incomplet et très limité dans son pourcentage.

J'ai cependant l'impression qu'il mérite d'être poursuivi.

Bouffée délirante familiale induite par un état subaigu, par MM. P. DENIKER, J. PUECH, A. GRASSET et R. SADOUN⁽¹⁾.

Les trois observations qui suivent concernent un délire familial qu'on peut assimiler au type clinique isolé sous le nom de « délire communiqué » dans la description de Lasègue et Falret de 1877. Leurs conclusions, classiquement admises depuis, étaient que :

« Dans la folie à deux, l'un des individus est l'élément actif ; plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose progressivement au

(1) Travail de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale.

second qui constitue l'élément passif. Pour que la communication puisse se produire, il faut que les deux individus vivent pendant longtemps une vie commune, dans le même milieu, partageant le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances en dehors de toute influence extérieure. »

Une autre condition pour que la contagion du délire soit possible est que le délire ait un caractère de vraisemblance, qu'il se maintienne dans les limites du possible.

Nos cas diffèrent de ceux qui ont été rapportés par l'évolution particulière des troubles qui s'est effectuée sur un mode subaigu.

Les époux M... vivent avec leur fils âgé de 18 ans. Le ménage est très uni. Le père est fonctionnaire ; le fils, inscrit dans un collège technique, prépare son baccalauréat, la mère n'a jamais travaillé et vit chez elle. On ne note pas de difficultés particulières dans les mois qui ont précédé l'hospitalisation, quelques inquiétudes cependant au sujet de certains désaccords familiaux à propos de la succession du père de Mme M... Brusquement le drame éclate : le père se croit surveillé, menacé. Immédiatement, il fait part de ses inquiétudes à sa famille ; on évoque la possibilité d'une surveillance exercée par un service spécialisé de la préfecture de police. Jamais à ce moment, la mère ni le fils ne mettent en doute les propos inquiétants rapportés par le père. Très vite, la mère croit apercevoir des individus suspects qui la suivent au cours de ses déplacements ; au volant de sa voiture, le fils croit constater qu'un mystérieux véhicule le suit pendant toute la traversée de Paris. L'anxiété familiale s'accroît ; un danger inexpliqué menace les M... qui alertent le commissaire de police de leur quartier. Aucun changement ne survient après cette démarche qui est alors renouvelée plusieurs fois, d'abord par le père, puis par le fils. Quelques jours plus tard, cependant, la famille est convoquée au commissariat, mais pour être conduite à l'infirmerie psychiatrique.

Le 5 mars 1953, les époux M... et leur fils entrent aux services fermés de la clinique.

OBSERVATION I. — Le père, René M..., âgé de 45 ans, présente un état confusionnel subaigu avec anxiété et onirisme. Il est légèrement excité, mais surtout inquiet, extériorise facilement des idées délirantes de structure oniroïde à thème de menace et de poursuite. On lit dans les premiers certificats : « Se croit suivi par une trentaine d'individus se disant journalistes. A constaté des attroupements sur son passage composés d'individus menaçants. Il ne peut reconnaître aucun de ses poursuivants, mais remarque qu'ils ont une « mine patibulaire » et qu'ils portent des sacs à provision. Un autobus rempli de ses persécuteurs le poursuit. Les journaux font allusion à son mauvais état de santé et aux fautes professionnelles qu'il a pu faire. »

L'examen somatique montre des signes d'éthylisme chronique : tremblement digito-lingual, foie augmenté de volume, crampes musculaires, douleurs

à la pression musculaire, subictère. Pendant les deux jours succédant à son entrée dans le service, la température vespérale atteint 38°. Très vite, le malade est soumis à la cure de désintoxication éthylique (strychnine-vitamine B) et, en quelques jours, les troubles confuso-oniriques et l'anxiété s'atténuent. Cependant, des résidus délirants persistent ; le malade ne met pas en doute la réalité de la surveillance dont il a été l'objet, il essaye de l'expliquer en recherchant les fautes qu'il a pu commettre dans ses fonctions à la Préfecture. Peu à peu cependant, la conviction délirante s'affaiblit, et, à la fin de la cure de strychnine, soit un mois environ après son entrée, il critique totalement son délire. Quelques jours plus tard cependant, une rechute se produit avec réapparition de troubles délirants oniroïdes et des manifestations anxieuses. Ces troubles régressent rapidement et la sortie du malade est accordée le 5 mai 1953, soit deux mois après l'entrée. En conclusion, René M... a présenté un état délirant transitoire à thème persécutif, qui paraît en rapport avec une intoxication éthylique chronique. L'intoxication éthylique est surtout accentuée depuis 1939, vins, apéritifs. On note dans ses antécédents des épisodes d'agitation nocturne, avec insomnies et cauchemars zoopsiques. M. M... n'a jamais manifesté d'autres troubles mentaux.

Obs. II. — Son fils, Raymond, est âgé de 18 ans. Le certificat de placement indique : « Est atteint d'un état anxieux. Participe au délire de son père interné ce jour avec lui. Conviction dans les thèmes délirants exprimés par son père. A téléphoné au commissariat pour demander du secours. Elément induit dans ce délire à trois. » Le certificat immédiat (4 mars 1953) a porté : « Inquiétude croissante depuis dimanche dernier. Constatations personnelles depuis cette date. »

Au lendemain de son entrée dans le service, Raymond M... nous adresse la lettre suivante : « Il y a quelques jours, papa s'apercevait qu'il était suivi par des individus suspects qui le surveillaient étroitement dans tous ses déplacements. Il me fit part de cette constatation et nous prévinmes aussitôt l'Inspection générale. Le dimanche, nous sommes partis en voiture nous promener. Au bout d'un moment, je remarquais qu'une traction-avant décapotable nous suivait inlassablement. Voulant savoir si mes suppositions étaient réelles, j'accélérais et la citroën accéléra son allure de façon à me suivre à peu de distance. Ce manège se prolongea jusqu'à la fin de la promenade. Le soir même, me rendant à la gare de Lyon, la même poursuite se renouvela avec une autre voiture. Quelques jours plus tard, plusieurs individus assez bronzés tournaient autour de la maison que nous habitons. En sortant, chacun de nous était suivi par un ou plusieurs de ces individus. Ils nous regardaient fixement, et même faisaient des gestes menaçants à mes parents. Devant ces menaces, mes parents décidèrent de faire appel au commissaire de police. »

Ainsi, Raymond M... présente un délire interprétatif à thème de persécution. L'aspect particulier de ce délire réside dans le petit nombre des interprétations délirantes limitées à deux ou trois faits, et surtout dans la faiblesse de la conviction. En effet, quelques jours après son entrée, Raymond M... accepte facilement la critique de ses interprétations morbides après quelques entretiens psychothérapiques. Il s'agit donc d'un faux délire d'interprétation, induit par le père.

L'induction a été particulièrement facile, car notre malade est un sujet

naïf et suggestible, paraissant très soumis à son père et confiné dans son milieu familial. La complaisance affective envers son milieu familial explique que, malgré des possibilités intellectuelles satisfaisantes (quotient intellectuel de 113 à l'échelle de Wechsler-Bellevue), il ait participé au délire du père.

Obs. III. — La mère, Fernande, 48 ans, présente un état d'agitation anxieuse. Elle partage avec son fils les convictions délirantes de son mari. Dès l'abord, Mme M... parle avec volubilité, tour à tour inquiète, suppliante, interrogative, menaçante, elle débite spontanément un propos qui frappe d'emblée par sa pauvreté. Lorsque l'on met en doute la véracité de ses dires, elle proteste véhémentement. La première fois que nous l'avons interrogée, elle nous a fait debout la déclaration de principe suivante : « Je suis Mme M..., je suis une femme honnête et pieuse. Pourquoi suis-je ici ? Où suis-je ? Je suis suivie dans la rue par des individus à la mine patibulaire, des étrangers, des journalistes, peut-être, qui s'intéressent à moi. Lorsque je vais chez les commerçants, on commente mes achats, on me vend les marchandises plus chères qu'aux autres. Je ne peux rien dire de plus. Demandez à mon mari, il sait des choses. C'est un honnête homme, juste et respecté dans sa situation. Il ne peut se tromper, il a été suivi, mon fils aussi, le pauvre petit, a été suivi par une voiture, il ne peut avoir tort, c'est un garçon d'élite. »

Désorientée dans le temps et dans l'espace, la malade a beaucoup de mal à fixer son attention et à rassembler ses souvenirs, cependant on arrive, au milieu d'un flot de phrases décousues à lui faire préciser les circonstances qui ont motivé son internement.

Pendant les premiers jours de son internement, la confusion et l'agitation ont persisté inchangées. A chaque entretien, c'étaient les mêmes propos décousus, sans suite logique, le même comportement, non exempt d'un certain théâtralisme. De temps en temps, un bon mot, une répartie brillante venaient rompre la monotonie du discours, mais l'impression générale restait d'une grande pauvreté.

On ne trouve rien de notable dans les antécédents, la malade n'a jamais présenté auparavant de troubles mentaux, et elle n'avait pas d'habitudes éthyliques. Nous nous sommes spécialement assurés de ce point pour éliminer l'éventualité d'un éthyliisme conjugal. Cependant, il semble que Mme M... ait toujours eu un comportement un peu original et des moyens intellectuels assez limités. Du point de vue physique, l'examen n'a rien montré d'anormal, la malade est encore réglée normalement.

L'examen psychologique a confirmé la faiblesse du niveau intellectuel sans détérioration psychométrique apparente : quotient intellectuel : 87 au Wechsler-Bellevue.

Traitée par le 4560 R.P. dès le début de l'hospitalisation, l'agitation a cédé progressivement, et l'on a constaté au bout de quelques jours une diminution de la confusion, cependant la malade est restée longtemps anxieuse, logorrhéique, incapable de fixer son attention et de répondre correctement aux questions.

Le 11 avril 1953, elle est sortie avec son fils dans l'état que son entourage nous a décrit comme étant son état normal.

En somme, il s'est agi chez la mère d'un épisode confusionnel avec excitation de type maniaque, chez une femme à la limite de la débilité et les idées délirantes du mari ont trouvé chez elle un terrain particulièrement enclin à se laisser suggestionner.

L'intérêt de ces observations réside dans le fait que le délire collectif s'est organisé en un temps très court à partir d'un état délirant subaigu survenu chez le père.

Les faits de ce genre rapportés dans la littérature sont rares. Le plus souvent, en effet, il s'agit de contagion au cours d'un délire chronique : délire paranoïaque, délire d'interprétation, états passionnels à thèmes de persécution ou mystique. La contagion est par contre exceptionnelle dans les délires paraphréniques.

Bien que nous ayons affaire ici à un délire familial transitoire, les conditions énoncées par Lasègue et Falret peuvent être en partie retrouvées : la vie familiale confinée, l'importance de liens effectifs sont remarquables chez les M...

Le thème de persécution et de poursuite est un délire vraisemblable. L'induction du délire s'est faite à partir du père, personnage principal, à la mère, un peu débile, et au fils, suggestible.

Les inter-réactions réciproques entre les participants de notre délire familial constituent un autre point particulier sur lequel il est intéressant d'insister. On peut, en effet, retrouver dans nos observations ce que G. de Clérambault a appelé la « division du travail », chez les co-délirants. Chaque malade contribuant à enrichir le délire du voisin, le délire collectif devient un délire de groupe, différent après élaborations successives de celui de chacune des parties.

Troubles neuro-dermiques et états réactionnels, par M^{me} Agnès MASSON et M. Louis GRIMBERG.

Certaines manifestations cutanées ont été considérées depuis assez longtemps, par les neurologues et les psychiatres, comme pouvant être en rapport avec des émotions ou des états émotifs prolongés ; certains dermatologistes se rallient à ce point de vue, d'autres sont plus réservés. Dans les grandes lignes, cette notion reste acquise.

L'un de nous avait déjà eu l'occasion de constater, à plusieurs reprises, des troubles neuro-dermiques en rapport avec des états émotifs réitérés ou prolongés : pourcentage très élevé de manifestations lichéniformes dans un groupe d'une quarantaine d'enfants soumis à des bombardements répétés, séparés de leurs familles et ensuite emmenés en exil depuis quelques mois ; troubles pytiriasiformes symétriques bilatéraux au niveau de l'avant-bras chez un couple vivant au milieu d'un drame familial pénible et en état d'avitaminose discrète. Nous n'avons pu assister à la disparition de toutes les manifestations lichéniformes chez ces enfants, mais nous avons revu le couple : les troubles neuro-dermiques avaient disparu avec la réapparition du calme familial.

Les deux cas qui font l'objet de cette communication, constatés dans le lot d'états réactionnels qui ont été à l'origine des communications antérieures de l'un d'entre nous sur les états réactionnels, présentent par contre l'intérêt d'un parallélisme rigoureux avec les oscillations de l'état réactionnel en rapport avec l'expérience vécue et constituent en quelque sorte une transposition nettement visible de l'évolution de ces états.

Les phénomènes cutanés observés sont en eux-mêmes, sous une forme atténuée limitée à quelques éléments, d'une observation assez banale, car on les rencontre assez souvent chez les personnes « nerveuses », lorsqu'elles ont des soucis. Ils consistent en une légère parakératose desquamante, siégeant à la face palmaire des mains et s'accompagnant de prurit. Les éléments isolés se présentent comme une vésicule vidée mais qui n'aurait jamais été pleine, multiples, parfois confluent ; les points de départ se trouvent le plus souvent au centre de la main et parfois, dans nos cas, aussi sur les éminences thénar et hypothénar. Le prurit peut les précéder de deux ou trois heures ou être contemporain de leur apparition. Ils en arrivent parfois à prendre les apparences de ce qui est décrit sous l'appellation de desquamation estivale des mains ou de certains débuts d'hyperhydrose, sans que nous nous prononcions sur la parenté possible de ces formes (nous avons vu une hyperhydrose surgir dans la période d'inquiétude précédant l'arrestation d'un futur déporté, paraissant en rapport avec cet état). L'origine de ces phénomènes seule importe pour nous : l'intervalle qui séparait leur apparition d'avec l'émotion déclenchante en rapport avec l'état réactionnel était constant dans nos deux cas, et leur disparition suivait des modalités également constantes. Un de nos deux cas était nettement plus prononcé que le second, qui a cependant pu donner des renseignements ayant une valeur analogue, parce qu'étudié à la lumière du premier.

Il s'agissait de deux états réactionnels d'assez longue durée, en rapport avec des procédures judiciaires peu graves mais pénibles (bien que l'une ait abouti à une peine de prison relativement sévère mais avec sursis).

Des incidences diverses et d'une certaine gravité multipliaient le retentissement émotionnel de l'expérience vécue. Les phénomènes neuro-dermiques ont atteint le maximum de leur intensité au moment où l'état réactionnel lui-même l'atteignait. Ils ont cependant paru survivre quelque temps à l'état réactionnel lui-même : c'est-à-dire qu'ils se produisaient encore lorsque les réactions émotives paraissaient avoir repris leur allure antérieure chez des sujets qui étaient jadis parfaitement entraînés à la maîtrise d'eux-mêmes. En réalité leur réapparition régulière lors d'émotions paraissant bien contenues en rapport avec les souvenirs de l'expérience vécue montrait que ce retour était moins parfait que l'apparence ne le faisait supposer.

Les faits se déroulaient ainsi : un rappel du drame ou bien la rencontre de personnes ayant eu à connaître du drame, etc., déclenchait une émotion contenue, que le sujet était seul à connaître ; des témoins au courant des faits ont pu constater le calme du sujet à cette occasion. Mais 2 ou 3 heures après, le plus souvent précédés de prurit, apparaissaient les premiers éléments palmaires, suivis dans les 24 heures d'une extension plus ou moins complète à la paume et parfois à certains doigts ; plus d'une fois, lors d'une émotion plus pénible, s'est reproduit le phénomène assez douloureux de « doigt pelé » (rougeur sur la surface desquamée à l'intérieur de son contour polycyclique, épousant la face antérieure du doigt au niveau de la dernière phalange), qui apparaissait généralement la nuit qui suivait l'émotion et s'atténuait en 24 heures. L'ensemble des phénomènes cutanés ne disparaissait pas avant une semaine au moins en moyenne, passant par plusieurs poussées successives, dont le début coïncidait avec une légère reprise de l'état émotif ; ces reprises, lames de fond émotionnelles décroissantes étant symptomatiques des oscillations affectivo-émotives sous-jacentes qui précédaient l'apaisement. Nos sujets avaient conscience de ce parallélisme et ont pu établir son évolution pour ainsi dire horaire et toujours semblable : chaque reprise cutanée coïncidait avec le retour du souvenir pénible de la veille ou avec d'autres contrariétés ayant la même origine. La réapparition de ces phénomènes cutanés donnait au sujet la conscience du retentissement émotif réel, même lorsqu'il avait cru le maîtriser parfaitement.

Ces observations nous montrent, croyons-nous, le parallélisme des troubles neuro-dermiques et des réactions émotivo-affectives dites « diencéphaliques » (diencéphale, zones voisines et connexions). La persistance d'une partie de ces réactions, malgré un retour apparent à l'état antérieur pour le restant, paraît marquer la période pendant laquelle le sujet, qui n'a pas été malade dans le sens propre du mot, mais fortement éprouvé, reste encore fragile ; prolongation plus discrète de ce que l'un de nous a appelé d'une expression impropre mais intelligible la convalescence de l'état réactionnel. Une deuxième étape est franchie avec la disparition des corrélations neuro-dermiques visibles. Des rappels émotionnels ultérieurs de l'expérience vécue sont restés ensuite sans aucune manifestation apparente, donnant au sujet l'impression de l'évocation d'un passé lointain qui n'était plus pénible. A noter que, pendant la période qui a précédé la disparition des derniers troubles neuro-dermiques, des émotions relativement importantes, mais sans aucun rapport avec l'expérience vécue, et dont le sujet était bien conscient, n'ont pas déclenché le retentissement neuro-dermique causé par des rappels émotifs même minimes se rapportant à l'expérience vécue.

Désaccord familial, recours à l'arbitrage du psychiatre, considérations médico-juridiques, par M^{me} Agnès MASSON et M. Louis GRIMBERG.

Voici les faits :

Au cours d'un désaccord familial opposant la fille à son père (désir de la fille de renoncer à la carrière de l'enseignement au profit d'une vocation religieuse), le père fait appel à des psychiatres pour le départager d'avec sa fille, qui accepte (médecine de clientèle, psychiatres, placement en service libre).

OBSERVATION. — Mlle X..., âgée de 22 ans, fille de cheminot et bénéficiaire d'une bourse d'agrégation.

Etudes secondaires normales et assez rapides. Possibilité de légères bizarreries de caractère, en partie au moins réactionnelles à une ambiance familiale étouffante et pénible ; appelé parfois « bébé » par ses camarades de lycée (était d'ailleurs la plus jeune de la classe). Rentrât à la maison sans plaisir, entre un père trop autoritaire, auquel elle était cependant attachée, et une mère surmenée et légèrement névropathe. Aînée de cinq enfants s'échelonnant tous les trois ou quatre ans. Le père, aux ressources très modestes, a fait un gros effort pour lui donner une situation supérieure à ses moyens, pensant qu'elle aiderait ensuite sa sœur et l'aîné de ses frères, et ainsi de suite, le même argent, donné et repris, devant reclasser socialement tous ses enfants.

A vingt ans, projets de mariage avec un camarade d'études ; déception sentimentale. Le mariage paraît lui être apparu aussi comme un moyen d'évasion du milieu familial ; elle dit d'ailleurs ne pas bien avoir été éprouvée par la déception. Un an après, apparition lente, et sans caractère pathologique, d'une vocation religieuse : enfant ayant reçu une éducation catholique, mère vaguement pratiquante, influence du milieu des pensionnats religieux où elle a dû vivre à Paris, au lieu de la Cité universitaire, plus coûteuse et plus difficile à obtenir, dont elle avait rêvé. Entre temps, la bourse d'agrégation, dont elle vient de bénéficier, devant être remboursée dans un certain délai si elle ne restait pas à la disposition de l'Etat pour occuper un poste dans l'enseignement pendant dix ans, le père s'oppose à sa décision, lui demandant, non seulement d'occuper un poste pendant un an, ce qui lui aurait permis de rembourser le montant de sa bourse, mais de lui rendre les 200.000 francs qu'il affirme avoir dépensé pour son éducation (menaces de poursuite si elle refuse), et même de consacrer plusieurs années de son travail à l'éducation des enfants qui suivent immédiatement, sa sœur cadette et l'aîné de ses frères. Elle se révolte contre ces exigences démesurées, et, voulant éviter la lutte ouverte, met une frontière entre elle et son père, acceptant, solution intermédiaire, un poste dans l'enseignement libre français en Espagne. Le père ne se tient pas pour battu. Aux démarches répétées qu'il avait déjà faites auprès de ses professeurs en Sorbonne pour leur demander un avis sur sa fille, de la supérieure de la communauté où elle avait désiré entrer, de l'évêque, etc..., succède un voyage du père en Espagne : visites à la communauté, au consulat, démarches diverses. La fille, pour ne pas aggraver la

situation, consent à retourner avec son père à Paris, et, de là, aussitôt le père reparti, repart à son tour rejoindre à nouveau en Espagne son poste (voyages gratuits des cheminots et presque gratuits pour leurs familles).

« Ne peut-on pas vivre pour soi-même ? », nous disait la fille. Et une des lettres du père relate cette phrase d'elle : « Personne n'est vraiment maître de son avenir ? » La fille reconnaît facilement qu'elle doit normalement rembourser sa bourse d'agrégation si elle ne veut pas rester dans l'enseignement, en occupant un poste pendant un an pour pouvoir se procurer les ressources nécessaires ; mais elle refuse à accepter les autres injonctions de sa famille. Le différend aboutit à un placement en observation en cure libre, chacune des deux parties pense y trouver un argument à l'appui de sa thèse : le père, que la fille « était folle » et qu'on ne devait pas retenir sa vocation religieuse en l'obligeant à continuer sa carrière dans l'enseignement ; la fille, qui l'a accepté, pensant prouver qu'elle était saine d'esprit. Pendant ce séjour, visites répétées du père aux médecins, et envoi à 24 heures d'intervalle de deux longs rapports dactylographiés qui cherchent à peindre la fille sous les couleurs les plus sombres, paraissant avoir pour but d'influencer les médecins (allaient-ils déclarer sa fille, après cela, comme étant saine d'esprit ?) ; tout comme le placement en service libre devait, dans l'esprit du père, jouer auprès de sa fille le rôle d'un avertissement. Dans ces pages, tous les actes de sa fille sont interprétés sous un jour défavorable : « fugue » son départ en Espagne pour occuper un emploi certes peu rémunéré, mais que la fille n'aurait pas recherché sans ce différend ; « fugue » son deuxième départ pour rejoindre à nouveau l'emploi qu'elle n'avait pas résilié et que le voyage du père l'avait momentanément obligée à abandonner, etc... Le père, emporté par sa passion, ne voit d'ailleurs pas ce qu'il y a d'absurde dans sa façon de poser le problème.

La fille acceptait de demander un poste pour 1953-1954 et de se présenter au prochain concours d'agrégation dans quelques semaines, ce qui lui donnait des chances supplémentaires d'obtenir le poste demandé et de se procurer ainsi les ressources nécessaires au remboursement ; mais elle se réserve ensuite l'avenir. Le père se contente, en apparence au moins, de cette promesse, sans que nous soyons sûrs qu'il ait désarmé pour le reste. Au bout de quelques jours de placement, ils repartaient bras dessus-dessous, contents l'un et l'autre, et, un recul minimum existant à l'heure actuelle du fait que cette présentation, précédemment inscrite, a dû être retardée pour des raisons matérielles, les faits ont montré que l'accord ainsi conclu a déjà duré un minimum de temps.

Cette observation est intéressante : non seulement parce qu'elle apporte un nouvel exemple, d'ailleurs pittoresque, de troubles du caractère, en partie au moins supposés, consécutifs à un milieu familial défavorable parce que pénible, mais aussi parce qu'elle pose un autre problème. En effet, la fille a cru que ce placement, qu'elle a accepté dans ce but, la mettrait à l'abri d'ennuis ultérieurs pouvant venir de son père. Or, il n'en est rien. En effet, qui le protégera, à l'avenir, de démarches de chantage inconscient du père ? Content aujourd'hui d'une première victoire, mais espérant peut-être en avoir une plus complète demain, et reprenant alors vraisemblablement son

rêve d'avenir brillant pour tous ces enfants qu'il avait fait autant pour eux que pour satisfaire son orgueil, ne va-t-il pas recommencer démarches sur démarches, soit auprès de l'autorité administrative pour essayer d'empêcher la fille de quitter l'enseignement, soit auprès de l'autorité ecclésiastique, légitimement désireuse d'éliminer les psychopathes, et ayant alors un argument supplémentaire, celui de l'ancien placement de la fille dans un service libre ?

Et qui déclarera alors à la fille qu'elle est saine d'esprit ?

Le certificat d'intégrité mentale n'est pas en usage, chez nous, même dans un but limité ou professionnel. Reprise de service, aptitude au service ou maintien en congé, c'est tout ce que nous pouvons dire. Et lorsqu'on nous en demande davantage, nous ne pouvons qu'aligner des listes de termes médicaux faisant l'inventaire physique et psychique de l'intéressé, termes qui peuvent être d'ailleurs mal compris par l'administration en cause et risquer de nuire injustement à l'intéressé.

Un article récent de Dechaume (1) se demandait — en parlant des examens psychiatriques auxquels sont soumis fréquemment élèves et maîtres de l'enseignement — s'il n'y avait pas lieu de reconsidérer pour eux la vieille question du certificat d'intégrité mentale.

Nous ne prenons pas position sur ce point.

Mais nous versons au débat cette observation, d'ailleurs pittoresque et intéressante, comme étude de troubles du caractère apparents mais étant en fait une réaction à un milieu familial pénible.

La séance est levée à 11 heures 30.

. Le Secrétaire général,

D^r Paul ABÉLY.

(1) Professeur J. DECHAUME. — Maladies mentales et milieu scolaire et universitaire. *Journal de médecine de Lyon*, 5 novembre 1952.

SOCIETES

Société française de neurologie

Séance du 4 juin 1953

Présidence : M. R. MOREAU, président

La psycho-chirurgie des algies irréductibles. Etude de 57 cas,
par MM. D. PETIT-DUTAILLIS, R. MESSIMY et M^{me} L. BERGÈS.

Dans la majorité des cas, il s'agissait d'algies cancéreuses pour lesquelles d'autres interventions chirurgicales étaient contreindiquées ou avaient été inefficaces ; et, dans les autres cas, de sympathalgies, de cénestopathies, de certaines algies des amputés, d'un syndrome thalamique, de tabès.

La lobotomie préfrontale a été utilisée dans 50 cas, 23 fois bilatérale d'emblée, 7 fois bilatérale en deux temps, 20 fois unilatérale. La topectomie n'a été utilisée que dans sept cas. Les meilleurs résultats ont coïncidé avec des troubles plus ou moins durables de la personnalité.

Les auteurs ont constaté, dans trois cas, la diminution rapide et notable d'un œdème d'un membre après lobotomie. Etant donné les meilleurs résultats obtenus dans les douleurs causalgiques, une action élective de la lobotomie sur le système neuro-végétatif leur paraît vraisemblable.

Méfais de la lobotomie dans un cas de débilité simple avec instabilité : épilepsie consécutive. Considérations sur les dangers des solutions psycho-chirurgicales dans les cas psychiatriques, par MM. H. BARUK et J. LAUNAY.

Deux observations de deux cas de débilité mentale considérés à tort comme caractériels et opérés par lobotomie.

La première observation a trait à un enfant qui avait la peur du pensionnat et qui, bien que retardé, pouvait se développer en milieu familial. La psycho-chirurgie l'a fait régresser, l'a rendu incapable d'acquisitions nouvelles, et a déterminé chez lui des accès de violence et d'impulsion de type épileptique.

Dans le deuxième cas, un jeune homme hyperémotif avec quelques difficultés dans le milieu familial, a été soumis d'abord de force à la série des chocs, puis à la lobotomie et à la topectomie. Il s'en est suivi un état de panique et des réactions qui ont provoqué son internement dans des conditions de plus en plus dramatiques. Il est devenu épileptique et a maintenant de fortes céphalées. Néanmoins, il a pu être calmé par un traitement et de meilleures conditions.

Ainsi, concluent les auteurs, la psycho-chirurgie, loin de remédier à la condition pénible de certains malades mentaux, ne réussit souvent qu'à l'aggraver, et les abus qu'elle peut déterminer, en raison des erreurs si fréquentes qui se cachent sous l'étiquette de troubles caractériels, sont des plus inquiétants.

Les méfaits de la lobotomie dans un cas de troubles caractériels avec choréo-athétose et mauvaise adaptation familiale chez un enfant : épilepsie, régression psychique, par MM. H. BARUK et J. LAUNAY.

Enfant chez lequel l'indication chirurgicale a été posée à tort et qui est devenu céphalalgique et épileptique. Les auteurs insistent sur la difficulté et même l'impossibilité, dans la plupart des cas, de poser un pronostic d'incurabilité en psychiatrie.

Traitement neuro-chirurgical de l'hydrocéphalie interne non communicante par une méthode personnelle, par M. F. FÉNELON.

L'auteur pratique dans ce cas une lobectomie occipitale qui amène la guérison au bout de six semaines.

Etude des phénomènes vaso-moteurs corticaux au cours d'opérations pour épilepsie localisée d'après 2 observations, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS, B. PERTUISET, C. DREYFUS-BRISAC et G. ARFEL-CAPDEVIELLE.

Les auteurs ont retrouvé les phénomènes décrits par Penfield en 1933. Ils ont pu les enregistrer à l'électrocorticographe et les photographier.

Les troubles du schéma corporel dans les paraplégies médullaires, par MM. J. PAILLAS, J. BOUDOURESQUES et J. CAIN.

150 observations dans lesquelles ces troubles consistent en impressions de position anormale des membres inférieurs et de déformation prédominant aux extrémités. Ces manifestations, de début brutal, sont souvent transitoires et surviennent, le plus souvent, à la suite d'un traumatisme. Dans de nombreux cas, les troubles sont objectifs, sensitifs et moteurs.

La place de l'anoxie néo-natale dans l'étiologie des encéphalopathies infantiles, par MM. G. TARDIEU, M.-R. KLEIN et J.-P. HELD.

Les auteurs ont étudié 628 cas d'encéphalopathie infantile par comparaison avec 280 témoins. Les apnées supérieures à 15 minutes, inférieures à 15 minutes et les accidents de la naissance sans apnée font l'objet de statistiques séparées pour les divers types d'encéphalopathie : déficit mental

du quotient intellectuel inférieur à 50, de quotient intellectuel compris entre 50 et 70, hémiplegies, paralysie asymétrique, diplégies, paralysies symétriques. Comparaisons avec les statistiques des autres auteurs.

Particularité anatomo-clinique d'un cas de maladie Childer-Foix,
par MM. J. DE AJURIAGUERRA, H. HÉCAEN et J. FRETET.

Acropathie amyotrophiante des membres supérieurs à type Charcot-Marie et discarthrose cervicale, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS, A. THÉVENARD et J. METZGER.

Présentation d'un homme de 46 ans chez lequel se développe, depuis onze ans, une atrophie des petits muscles de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras avec topographie en manchette. Un ensemble de signes régionaux complète la réalisation du type Charcot-Marie. Toutefois, la localisation stricte aux membres supérieurs, le caractère négatif de l'enquête familiale, l'apparition des premiers signes au cours d'une période de surmenage physique incitent à chercher une étiologie autre que la dégénération hérédofamiliale. L'existence d'une importante discarthrose cervicale basse est en faveur d'altération irritative, puis dégénérative des derniers nerfs cervicaux dans leur traversée des trous de conjugaison.

Séance du 2 juillet 1953

Présidence : M. R. MOREAU, président

Agnosie visuelle sans alexie,
par MM. Th. ALAJOUANINE, F. LHERMITTE et PIALOUX.

Malade atteint d'atrophie cérébrale artériopathique ayant déterminé des paresthésies, une hémianopsie latérale homonyme gauche, une détérioration intellectuelle et une légère aphasie. Le malade reconnaît les objets simples, sans pouvoir reconnaître les ensembles. Ce syndrome occipital dissocié doit être en rapport avec des lésions bilatérales.

Epilepsie temporale « réflexe » chez un enfant de 4 ans,
par MM. J. BOUDOURESQUES et H. GASTAUT.

Enfant présentant des crises provoquées par l'ingestion rapide de son petit déjeuner. L'électro-encéphalogramme montre un foyer temporal gauche. Ce foyer est d'origine obstétricale.

Dégénération cortico-strio-spinale. Etude anatomo-clinique. A propos du syndrome de Greutzfeld-Jacob, par MM. J. DE AJURIAGUERRA, H. HÉCAEN, LAYANI et SADOUN.

Ce syndrome, apparaissant dans le présenium, est fait d'une paraplégie d'allure myélopathique s'améliorant puis s'aggravant et d'un affaiblissement

déméntiel d'aggravation progressive, auxquels s'associent une dysarthrie, une amyotrophie distale et des mouvements anormaux. Examens paracliniques normaux.

Anatomiquement : lésions subaiguës diffuses et lésions de gliose plus localisées.

Hémisphérectomie droite élargie pour tumeur cérébrale chez un enfant de 4 ans (*Présentation de malade*), par MM. E. LAINE et P. NAYRAC.

Cet enfant était porteur d'une tumeur frontopariétale, kystique, très étendue (épendymoglioblastome). Malgré une hémisphérectomie anormalement large, les mouvements volontaires ont réapparu dès la troisième semaine, la marche fut possible dès la fin du troisième mois et les sensibilités tactile et douloureuse revinrent rapidement. Les auteurs concluent que la région striopallidale n'est pas indispensable à ces fonctions.

Les thromboses bilatérales de la carotide (deux observations anatomo-cliniques), par MM. J. PAILLAS, J. BONNEL et M^{me} BÉRARD-BADIER.

Deux cas, pour lesquels la bilatéralisation de la thrombose entraîna une issue rapidement fatale. Dans un cas, l'antériorité fut tentée.

Syndrome de Guillain-Barré avec stase papillaire, par M. J. DEREUX.

Observation d'une malade de 33 ans qui, après une angine rouge banale, présente une atteinte polyradiculo-névritique sévère, accompagnée d'une stase papillaire authentique avec conservation de l'acuité visuelle et hypertension très importante du liquide céphalo-rachidien. A l'encéphalographie gazeuse, absence de tumeur. Revue critique des cas de syndrome de Guillain-Barré avec stase papillaire.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 27 juin 1953

Présidence : M. A. RADEMAEKERS, président

Contribution à l'étude expérimentale du test de Szondi,
par M. J. FEAMENT.

L'auteur souligne la situation ambiguë dans laquelle se trouve ce test, et en envisage certaines causes. Il analyse ensuite les différences fondamentales de structure et de méthode qui le distinguent des autres tests projectifs, dont

cependant on ne le sépare pas communément. Il expose dans ses grandes lignes la théorie et la méthode du diagnostic expérimental des pulsions de Szondi, en insistant sur les causes d'erreur qui s'introduisent, tant lors de l'application que de l'interprétation, du fait de la structure même du matériel qui repose sur de nombreuses hypothèses insuffisamment vérifiées. Le critère du diagnostic par un groupe de psychiatres a été utilisé pour analyser l'homogénéité des catégories diagnostiques de photographies constituant le test, du point de vue de leur pouvoir évocateur spécifique. En concordance avec les résultats obtenus par d'autres auteurs cités au moyen de méthodes analogues, les données expérimentales présentées par l'auteur montrent que les diverses catégories diagnostiques sont constituées d'éléments au pouvoir évocateur très variable, et qui ne sont pas additionnables comme le voudrait la technique du test.

L'auteur conclut que le Szondi, malgré les données remarquables qu'il fournit parfois, ne peut pas être considéré, dans sa forme et avec sa méthodologie actuelle, comme un instrument scientifiquement utilisable dans des examens de routine clinique.

Intoxication subaiguë par le thallium ; encéphalopathie terminale à évolution rapide, par MM. E. EVRARD et V. MOLDERS.

Relation du cas d'une femme de 31 ans qui présenta, quatre mois après une intoxication subaiguë au thallium par absorption de « mort aux rats », un état confusionnel avec aggravation rapide des signes neurologiques, une apparition de troubles néphrétiques aigus et de signes bulbaires. L'intérêt du cas réside dans la rareté d'une telle évolution.

Intérêt de l'étude comparative d'encéphalogrammes en série pour le diagnostic étiologique de diverses affections cérébrales, par M. S. THIRY.

La comparaison de tracés électro-encéphalographiques successifs peut fournir dans certains cas des renseignements d'ordre étiologique. Chez une fillette de 8 ans, l'électro-encéphalogramme a permis de suivre la localisation d'un abcès dans le lobe temporal ; chez un homme de 58 ans, l'électro-encéphalogramme a permis de localiser une tumeur métastatique alors que l'artériographie et la ventriculographie avaient fourni des résultats normaux ; dans un cas de troubles vasculaires, dont le diagnostic était difficile, chez un homme de 51 ans, l'électro-encéphalogramme a permis d'éviter des explorations dangereuses.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 27 juin 1953

Présidence : M. A. DE WULF, président

Aspects de la chirurgie de l'épilepsie focale à l'école de Montréal, par M. J. ACHSLOGH.

L'auteur rappelle la classification de Penfield, les caractères de l'aura temporelle dont il a pu préciser certains symptômes et qui constitue la majorité des épilepsies focales. Il démontre par des projections la technique opératoire avec enregistrement électro-encéphalographique. Il insiste sur la fréquence de la bilatéralité des manifestations électro-encéphalographiques ; dans ces cas, les résultats opératoires peuvent être bons aussi, mais on observe parfois des phénomènes paradoxaux.

Méningomyélite après rachianesthésie à solutions lourdes, par M. GUILMOT.

Etude anatomo-clinique du cas d'un homme de 58 ans qui, un mois après une rachianesthésie pour gastrectomie, présenta des signes graves de myélite transverse qui ont évolué vers la guérison, mais une hépatite grave a emporté le malade.

L'auteur discute la pathogénie de cette affection médullaire à la lumière d'une étude anatomique minutieuse de la moelle, qui était lésée dans toute son étendue, avec maximum à la région dorsale inférieure, au niveau des cordons postérieurs et latéraux surtout. La destruction de la myéline prédomine à la périphérie de la moelle. Cette dégénérescence en pourtour ne se rencontre pas dans la myélite disséminée. L'hypothèse d'une atteinte toxique légère, brusquement aggravée par une infection, est envisagée.

Ossification diffuse de l'arachnoïde spinale, par MM. P. MARTIN, F. CARBONE et R. HASAERTS.

La rareté des plaques osseuses au niveau de l'arachnoïde a déterminé les auteurs à relater le cas exceptionnel d'une femme de 33 ans qui présentait des signes de compression extra-médullaire, et chez laquelle l'intervention fit écrouir, de D. IV à L. V, une couche osseuse paraissant engainer complètement la moelle. L'examen histologique d'un fragment osseux montre une structure spongieuse en lamelles et des ostéocytes.

Discussion de la symptomatologie clinique et de la cause de ces ossifications à la lumière d'une revue de la littérature.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

LI^e session (Pau, 20-26 juillet 1953)

Présidence : M. le D^r Jean LAUZIER (de Dijon)

La 51^e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est tenue à Pau, du 20 au 26 juillet 1953, sous la présidence du D^r Jean LAUZIER, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Dijon, conseiller technique du ministère de la santé publique. Le vice-président était le professeur Jean DELAY, de Paris, qui présidera la 52^e session. Secrétaire général de l'association depuis 1948, le D^r Paul COSSA, de Nice, assisté des D^{rs} Charles MOUCHETTE et Louis VALLADE, de Pau, et du D^r Henri UEBERSCHLAG, de Lannemezan, assura comme les années précédentes l'excellente organisation de cette session dont le trésorier était le D^r P. CHARON, de Bordeaux. Cette 51^e session réunit un très grand nombre de psychiatres et de neurologistes de France, de pays de langue française et de pays voisins et amis de la France. Les séances, très animées, se tinrent dans les locaux historiques du parlement de Navarre. Elles furent l'occasion de nombreux exposés (rapports et communications) et de discussions très intéressantes dont les résumés brefs et incomplets de ce compte rendu abrégé ne peuvent donner qu'un rapide aperçu. Leur but est seulement d'indiquer aux lecteurs le contenu du volume consacré par le D^r Paul Cossa à la publication des travaux de cette 51^e session, volume adressé aux membres du Congrès et qui, comme les 50 volumes précédents, sera publié chez Masson. Il serait superflu de souligner l'intérêt de cette collection.

A Pau, dès le premier jour de la session, une brillante *réception* fut réservée aux congressistes, par M. le maire de Pau dans les salons de l'Hôtel de Ville. Le même soir, l'illumination du château, tandis qu'un concert était donné sur la place Royale, souligna la cordialité de l'accueil de la cité des rois de Navarre. Et le 24 juillet, une soirée folklorique au Théâtre du Casino municipal par la municipalité de Pau précéda le déjeuner offert à l'hôpital psychiatrique par le conseil général des Basses-Pyrénées. A l'occasion de la visite de cet établissement eut lieu l'inauguration d'un pavillon qui porte le nom de l'excellent psychiatre que fut le Dr GIRMA dont le souvenir est encore vivant chez ceux des congressistes qui l'ont connu. La soirée traditionnelle offerte par le président et les membres du Congrès avait eu lieu le 21 juillet au Casino municipal.

Des *excursions* très réussies conduisirent les congressistes : le 21 juillet à *Lourdes*, où le Dr LEURET les reçut au bureau des constatations et où la municipalité les accueillit officiellement ; le 23 juillet, à Lannemezan, d'abord, dont l'établissement psychiatrique moderne, orienté vers les méthodes de sociothérapie collective, intéressa vivement les visiteurs, accueillis par M. le Sénateur-maire BARATGIX, président du Conseil général et de la Commission de surveillance, et qui présida le déjeuner offert aux congressistes, puis au col de Tourmalet ; à Bagnères-de-Bigorre ensuite, où la municipalité offrit une réception au Musée des Thermes, et au Casino municipal d'Argelès-Gazost, où un buffet avait été préparé. La session terminée, la journée du dimanche 26 juillet fut remplie par une excursion au pays basque, à Bayonne, Biarritz (où la municipalité reçut les congressistes), Arcangues, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, Anglet, excursion terminale, organisée et dirigée par le Dr G. FERDIÈRE. Entre temps, des visites du château et de l'exposition Henri-IV, du musée et de l'exposition spéciale, « L'art et la vie au temps d'Henri IV », sous la direction de Mlle DEBAISIEUX, conservateur du musée, avaient été spécialement prévues pour les dames.

A la *séance solennelle* d'ouverture du Congrès, présidée par M. le Dr AUJALEU, directeur général de l'hygiène sociale, représentant M. le ministre de la Santé publique et de la Population, et à laquelle assistaient de nombreuses personnalités locales, après les allocutions prononcées par les délégués étrangers, le Dr Jean LAUZIER, président du Congrès, prononça un discours inaugural très écouté et longuement applaudi, dont nous ne pouvons malheureusement qu'indiquer ci-après trop brièvement le sujet.

DISCOURS INAUGURAL

Une passion de tous les temps, celle du collectionneur, par le Dr Jean LAUZIER, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Dijon (Côte-d'Or), *président* du Congrès.

Sous ce titre, M. Jean Lauzier, président du Congrès, renouant une tradition inaugurée à Grenoble par le professeur E. Régis, a choisi un sujet en marge de la psychiatrie.

Dans un remarquable exposé, où l'érudition n'avait d'égale que la pureté de la langue, il sut retenir constamment l'intérêt de tous les congressistes.

Après avoir évoqué la mémoire du président Barthou, bibliophile célèbre, et avoir présenté divers portraits de La Bruyère, il esquissa à grands traits l'histoire du collectionnisme. Citant des épigrammes de Lucien, rappelant l'histoire de Verrès et des passages de Juvénal et de Martial, il indiqua quelle fut l'évolution des divers modes de l'activité collectionnante jusqu'aux temps actuels, où les amateurs sont, peu à peu, réduits à l'impuissance et remplacés par l'Etat.

Evoquant le souvenir de Codet et de sa thèse sur le collectionnisme, il dégagait ensuite divers traits psychologiques du collectionneur. Citant quelques anecdotes, telle la figure si originale de Libri, inspecteur général de l'instruction publique, qui volait les livres et les manuscrits des bibliothèques qu'il visitait, il élargit son sujet en dessinant un tableau psychiatrique de la collectionnomanie.

Rappelant en terminant le testament d'Edmond de Goncourt, qui refusa de léguer ses collections à un musée, mais demanda qu'elles fussent à nouveau mises aux enchères afin que la jouissance que lui avait procurée l'acquisition de chaque objet soit redonnée, pour chacun d'eux, à un héritier de ses goûts, il conclut que le goût de la collection est une des plus nobles passions qui soient, passion jamais entièrement assouvie, qui renouvelle, sans cesse, dans le cœur de celui qu'elle possède, le désir, essence même de la vie.



I. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Psychiatrie et médecine psychosomatique, par le Dr Marcel MONTASSUT, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine).

Résumé du rapport

En France, le renouveau d'intérêt pour les études psycho-somatiques répond à un besoin général d'humaniser la médecine, pour la rendre à la mesure et au service du malade. Les travaux américains inspirent catégoriquement la recherche française, qui ne méconnaît pas la valeur d'études plus particulières développées en Russie et en Allemagne. Suscitées par des psychiatres et neurologues, ces études sont soutenues ou désirées par les représentants de toutes les disciplines médicales.

C'est que la conduite psycho-somatique combat l'abus des méthodes analytiques, l'étroitesse des spécialisations, la méconnaissance des problèmes moraux. Par là, la médecine renoue avec ses inspirations hippocratiques, sa tradition clinique et humaine ; mais de nouveaux moyens lui sont fournis par les progrès des sciences de l'homme. Freud inspire manifestement les promoteurs américains, malgré ses réticences et celles des disciples orthodoxes. Mais ce sont les travaux de Cushing, Pavlov et Cannon qui entraînent le préjugé favorable et unanime pour la recherche psycho-somatique.

Les conceptions générales sont concrètes et pragmatiques, analytiques et synthétiques, dynamiques et énergétistes, multidimensionnelles et personnalisées. Elles écartent les problèmes philosophiques implicites. Elles établissent au long de l'histoire personnelle : comportements et conduites, en regard des accidents somatiques. Elles cherchent les forces qui les lient sous la diversité et qui font réagir le malade à tout comme un tout.

La médecine psycho-somatique n'est pas une forme spécialisée de la médecine, de la psychiatrie ou de la psychanalyse. Une affection psycho-somatique se définit strictement par ses manifestations physiques, sans apparence ni majoration névrotiques. La psychanalyse n'a fait qu'inspirer une interprétation générale des troubles physiques, elle n'est pas une méthode pratique de traitement. L'étude psycho-somatique n'est encore qu'une ambitieuse entreprise mobilisant un grand nombre de disciplines particulières.

La recherche s'attache au domaine immense des troubles fonctionnels. Ils apparaissent comme une conversion brutale ou une désagrégation insidieuse de tensions émotionnelles entretenues par des conflits moraux. La situation et la personnalité psychologiques prédisposeraient aux accidents spécifiques et au choix de l'organe, par l'entremise du système nerveux central et autonome, des endocrines et médiateurs biochimiques. La persévération des troubles fonctionnels créerait plus tardivement des lésions irréversibles. Ces séduisantes hypothèses n'ont pas reçu de vérifications catégoriques ; les coïncidences psycho-somatiques sont plus évidentes que leurs corrélations ou mutations intimes.

Malgré ses équivoques, en dépit de résultats précaires, l'étude doit être poursuivie par des chercheurs d'horizons divers, strictement unis dans des équipes de travail. Parce que psychologue et médecin, le psychiatre contribue à l'harmonisation des conceptions, à la conduite unifiée des traitements physiques et moraux. Il cimente les efforts et arbitre les inévitables débats d'une équipe de chercheurs. Il double la clinique médicale d'une psychologie concrète et tempère les excès de subtilité. Il définit caractères et situations, prévoit et pare les incidents de l'investigation abyssale. Il participe activement aux recherches biologiques, voie de progrès de la médecine psycho-somatique. Cette participation est légitimée par ses études classiques. Traditionnellement orientée vers une interprétation physique de situations psychologiquement définies, la psychiatrie est compétente pour les démarches réciproques de la recherche psycho-somatique.

Discussion du rapport de psychiatrie

M. A. HESNARD (de Toulon). — Le terme équivoque de psycho-somatique devrait être réservé seulement à des syndromes variés « non classiquement névrotiques », tels qu'ulcère digestif, hypertension artérielle, obésité ou mai-

greur, déchéances organiques diverses, etc... Il ne saurait s'appliquer à des états névrotiques parmi lesquels apparaissent des signes cliniques de conversion ou de dystonie neuro-végétative. Les états intermédiaires entre la névrose et la maladie psycho-somatique se rapportent à des troubles de la période appelée par la psychanalyse « pré-génitale » et parfois « pré-œdipienne » : symptômes généraux et viscéraux acquis et tardifs ayant leur origine dans une régression soudaine à un état infantile.

Il faudrait édifier une psychologie concrète des causes morales déprimantes.

M. Hans STECK (de Céry-sur-Lausanne). — rappelle les nombreux précurseurs européens de la médecine psycho-somatique évoquant les travaux de Déjerine et Gauckler, Dubois (de Berne), Auguste Forel, Adolphe Meyer et insiste sur l'importance du facteur constitutionnel. Soulignant la fréquence des répercussions des troubles émotionnels sur divers appareils et, en particulier, sur le tube digestif, il conclut qu'une étude de tous les facteurs conditionnant une évolution pathologique est nécessaire pour asseoir la médecine psycho-somatique sur des bases scientifiques valables.

M. M. BERGOUIGNAN (de Bordeaux). — L'auteur rappelle que les généralisations abusives de certaines écoles ne doivent pas faire oublier les exigences légitimes d'une authentique médecine de la personne, ni la relation entre tension émotionnelle et poussée évolutive ; ni enfin que l'homme malade tend toujours à attribuer une signification à la maladie, ce qui crée un état psycho-somatique véritable. En pratique, c'est à l'hôpital général que la coopération psychiatres-internistes trouvera le mieux sa place. Bien des progrès restent à faire pour que la psychothérapie puisse jouer un rôle bienfaisant en médecine interne.

M. L. FOUKS (de Poitiers). — après avoir déclaré que la mélancolie classique devient l'exception et doit être remplacée le plus souvent par la mélancolie à forme psycho-somatique à expression physique prévalente, souligne l'importance des causes sociales et familiales et la nécessité d'étudier le malade dans son environnement moral et spirituel.

M. G. COLLET (de Paris). — après avoir insisté sur les mérites et l'utilité de l'œuvre psychothérapeutique de Déjerine et Gauckler, et écarté catégoriquement les psychanalystes non médecins de l'exercice de la psychothérapie, rappelle l'importance de veiller à la précision du vocabulaire scientifique de la psychiatrie.

M. Louis GAYRAL (de Toulouse). — Si toutes les maladies sont comprises dans la conception doctrinale de l'unité somato-psychique, manière très générale de concevoir la médecine, ou mieux de concevoir la biologie humaine normale et pathologique, il n'y a qu'un nombre limité de ces maladies dont on puisse dire qu'elles sont des maladies psychosomatiques. La maladie psychosomatique est une maladie dont les symptômes objectifs, viscéraux et métaboliques, sont ceux d'une affection de la nosographie courante, mais dont la cause première est psychique. Ce que démontre le succès du traitement psychiatrique si la maladie est traitée assez tôt, à son stade fonction-

nel. Il n'y a de médecine psychosomatique valable que par la collaboration du psychiatre avec les médecins des autres disciplines.

M. Sven FOLLIN (de Montauban). — L'auteur rappelle les critiques fondamentales que l'on peut faire à la psychanalyse qui inspire la médecine psychosomatique américaine. Il critique le rôle primordial que l'on veut lui faire jouer en médecine. L'auteur insiste sur le rôle dirigeant du cortex cérébral en pathologie en tant que centre des processus qui assurent, aussi bien l'unité de l'organisme comme un tout que l'unité de l'organisme avec son milieu. La médecine cortico-viscérale, issue de Pavlov, est fondée sur la physio-pathologie du cortex cérébral. Il ne saurait y avoir de direction psychiatrique en médecine. Les lois de l'activité nerveuse supérieure saisissent l'unité du monde subjectif, psychologique, et des processus physiologiques objectifs qui les conditionnent. La physiopathologie cortico-viscérale fonde ainsi l'unité de la médecine et situe les différentes spécialités à leur place respective.

M. A. BROUSSEAU (de Paris). — se joint au professeur H. Steck en ce qui concerne l'apport de la psychiatrie suisse aux fondements de la médecine psycho-somatique. Le rappel par M. Follin de tout ce que l'on doit à Pavlov ne lui permet pas de penser que la connaissance des aspects cortico-viscéraux de ces problèmes puisse dispenser l'école soviétique du secours aux travaux de Cannon (de Boston). L'exigence scientifique ne peut s'accommoder que de l'universalité de la connaissance. Et il s'étonne de n'avoir jamais trouvé dans les ouvrages de médecine psycho-somatique américaine mention du nom de Cabanis, dont il cite un texte publié en 1800, où se diles mentales bien plus développé qu'il ne l'est actuellement.

M. A.-M. FIAMBERTI (de Varese). — L'importance toujours grandissante de la psychiatrie, et même pour le praticien, soulignée par le développement de la médecine psycho-somatique, impose un enseignement clinique des maladies mentales bien plus développé qu'il ne l'est actuellement.

Ont pris part également à la discussion de ce rapport : MM. Fr. TOSQUELLES (de Saint-Alban), et M. FERDIÈRE (d'Anglet).

Réponse du rapporteur

M. M. MONTASSUT. — Il paraît nécessaire de préciser encore que si le rapport fait état de conceptions philosophiques implicites, les études psychosomatiques se développent essentiellement en dehors d'elles dans une perspective concrète. Elles rejettent toute doctrine et font le plus large recours à l'expérimentation psychologique et clinique, plus récemment et nettement à l'exploration biologique. C'est dans cette attitude expérimentale que nous avons considéré les efforts multiples de la recherche psycho-somatique, soutenus par des disciplines diverses plus que par des doctrines particulières. Notre objet majeur était de dégager quelques notions pratiques pour décider de notre participation.

COMMUNICATIONS SUR LE SUJET DU RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Epilepsie tardive post-émotionnelle (observation psycho-somatique), par MM. P. LÔO et J. BRETON (de La Charité-sur-Loire) et VIMEUX (de Nevers).

Les auteurs présentent l'observation d'une malade qui, pendant trente ans, présenta la nuit des réveils soudains avec anxiété, contractures, qui aboutirent ensuite à des crises d'épilepsie.

La narco-analyse en révéla l'origine psychogène sans guérison. Celle-ci fut obtenue par deux cures de sommeil successives.

Histoire psychosomatique d'une dysphagie,
par MM. M. MONTASSUT et L. CHERTOK. (de Paris)

Pour illustrer les difficultés des conduites médicales, les auteurs rapportent l'observation d'une hystérique aux accidents multiples psychiques et physiques ayant présenté dès l'enfance une dysphagie en rapport avec ses conflits personnels.

Matérialisée tardivement par une atrésie œsophagienne, elle a encore évolué parallèlement à des situations affectives complexes. L'intervention a révélé une lésion plastique ; malheureusement, l'œsophage n'a pu être examiné.

Névroses traumatiques et dermatoses, par M^{lle} S. LAMBERGEON (de Paris).

A l'occasion de l'observation d'un prurit apparu à la suite d'un bombardement, coexistant avec une névrose traumatique et traité par narcothérapie, l'auteur insiste sur la nécessité de délimiter, aussi bien en pathologie cutanée que dans les autres domaines, ce qui est purement psycho-somatique, des troubles fonctionnels accompagnant des états névrotiques.

Les méiopragies d'appel facteurs de localisation dans le processus psycho-somatique de l'enfant, par M. LÉON MICHAUX (de Paris).

On détecte souvent chez l'enfant, moins malaisément que chez l'adulte, les mécanismes qui président à la localisation des processus psycho-somatiques.

De la cause affective au trouble somatique, on a invoqué des mécanismes psychologiques (symbolisme), physiologiques (réflexes conditionnés) et pathologiques. C'est sur ces derniers que l'auteur insiste. Il rapporte des observations de troubles de la marche, d'énurésie acquise, psycho-génétiques, d'hystéro-épilepsie, d'asthme infantile, dans la genèse desquels intervient, à titre de facteur de localisation, une « méiopragie d'appel » congénitale ou acquise. La plupart des manifestations psycho-somatiques de l'enfant lui semblent un auto-plagiat inconscient par lequel le malade mime involontairement ses insuffisances fonctionnelles anciennes et réalise ses virtualités pathologiques.

La cure de sommeil dans le traitement de l'hypertension artérielle et des ulcères gastro-duodénaux. Premières observations, par MM. M. THIÉBAUX et R. BOYER (de Ravenel).

Après avoir indiqué les conditions d'aménagement et de fonctionnement d'un service réservé aux cures de sommeil d'inspiration pavlovienne à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique, les auteurs précisent la technique de la cure : durée du sommeil, doses des barbituriques, préparation et participation du malade au traitement..., etc...

Ils donnent ensuite le résumé de dix observations (deux hypertension et huit ulcères gastro-duodénaux). Sur les huit malades atteints d'ulcères, sept ont bénéficié d'une amélioration clinique rapide. Les clichés radiologiques comparés montrent en outre un net processus de cicatrisation dans cinq cas. Quant à l'application de la cure de sommeil aux hypertendus, les deux observations présentées semblent indiquer également son efficacité : régularisation et baisse de la tension artérielle dans la mesure où les troubles vasculaires n'ont pas entraîné de lésions anatomiques irréversibles.

Psychothérapie d'une dysménorrhée dite fonctionnelle, par M. M. BOUVET (d'Annecy).

Observation d'une jeune femme de 23 ans, réglée à 12 ans et souffrant d'une dysménorrhée rebelle à toutes les thérapeutiques classiques (hormonothérapie, résection du présacré...). Guérison depuis trois ans, par psychothérapie d'inspiration analytique et relaxation.

La dysménorrhée était l'expression somatique d'un refus de féminité qui trouvait son origine dans une frustration affective de l'enfance et un manque d'information sexuelle.

Quelques observations psychosomatiques, par M. L. FOUKS (de Poitiers).

A propos de trois observations de syndromes somato-psychiques et de cinq observations de syndromes psycho-somatiques, l'auteur insiste sur la fréquence des tableaux de mélancolie larvée cachés derrière les syndromes psycho-somatiques, d'où la nécessité d'examen minutieux et complets, ces états pouvant guérir rapidement par la thérapeutique de choc.

Discussion

M. DE VÉRICOURT (de Paris). — attire l'attention sur l'importance de la définition précise des termes employés. Parler de « syndrome somato-psychique », c'est admettre la répercussion mentale d'une lésion organique située ailleurs. Il n'en est pas ainsi dans les cas cités de malades cardiaques chez lesquels le lien de la psychose et de la maladie organique n'est pas établi. L'atteinte coronaire est banale chez le sujet âgé atteint ou non d'anxiété.

Il y a également abus de langage à parler de traitement de l'hypertension artérielle à l'occasion d'une baisse de pression sous l'influence de la cure de sommeil. Le repos au lit et le régime lacté donnent les mêmes résultats ainsi que l'avait signalé il y a bien des années le professeur Etienne Bernard.

Psychiatrie et médecine psycho-somatique. Problèmes bio-psycho-sociaux. Nécessité d'une vue synthétique, par M. Marcel BERGERON (de Villejuif, Paris).

Après quelques remarques sur la médecine psycho-somatique et la psychiatrie, M. Bergeron insiste sur la nécessité d'adopter une vue d'ensemble des problèmes posés. La psycho-biologie génétique (H. Wallon) et ses prolongements sociologiques répondent à cette exigence. L'évolution hiérarchisée des fonctions (Jackson), leur intégration dans le temps (causalité chronogène de Monakow), grâce à la maturation et à l'apprentissage, rendent compréhensibles les stades évolutifs, l'organisation progressive des conduites dans les diverses situations de l'être, dans son épanouissement. L'auteur insiste enfin sur l'importance des milieux normaux et pathologiques.

Discussion

Mme Agnès Masson (de Cadillac). — L'étude du milieu et des milieux doit comprendre en effet aussi celle du milieu psychologique interhumain constitué par le groupe ou les groupes auxquels le sujet est plus ou moins intéressé. De vastes perspectives sont amorcées par la psychologie et la psychopathologie actuelles : intégration au groupe, reniement ou abandon du groupe et leurs conséquences, superposition de différentes psychologies de groupe chez un même sujet et leurs interférences, décalages, etc...

M. M. MONTASSUT (de Paris). — Les études psycho-génétistes du professeur Henri Wallon montrent qu'une expérience donnée est éprouvée de différentes manières selon le développement du sujet et le stade qu'il a atteint ou vers lequel il a régressé. Margolin soutient également ce point de vue : pour lui, le trouble psycho-somatique est une régression à un stade infantile où l'émotion prend place entre l'automatisme végétatif et le discernement intellectuel.

A propos de la médecine psychosomatique. Etude d'un cas de névrose, par MM. René BESSIÈRE et J. FUSSWERK (de Paris).

Etude d'un cas de névrose chez une jeune femme, cas qui permet d'envisager quelques problèmes généraux de la médecine psychosomatique : névrose résultat d'un conflit vital dont l'origine peut être trouvée dès l'enfance, et d'une profonde déception conjugale. L'éclosion de la névrose a été favorisée par le suimenage, la fatigue et des pressentiments tristes. A propos d'un malaise lipothymique, l'anxiété se fait jour et, exprimant par la panique tout le conflit vital, est accompagnée par un cortège de troubles somatiques très divers. La malade ne prête attention qu'à toutes les manifestations somatiques pénibles, et ne réalise pas qu'il puisse exister une relation de cause à effet entre les phénomènes somatiques et les éléments psychologiques de l'anxiété. La peur lancinante de la maladie organique prend le type de l'obsession.

Dans la maladie psychosomatique, on retrouve tous les éléments habituels de la psycho-pathologie. Comme dans le délire, l'existence de l'individu s'y reflète. Une fois les troubles installés, leur organisation se complète et évolue suivant les différents terrains jusqu'à faire partie inté-

grante de la personnalité du malade, qui vit dès lors une nouvelle vie névrotique.

**Considérations récentes sur la médecine psychosomatique
aux Etat-Unis, par M. L. CHERTOK (de Paris).**

Au cours d'un voyage aux Etats-Unis, l'auteur constate que le nombre des services pour psychonévroses et affections psychosomatiques dans les hôpitaux généraux va en augmentant. La psychiatrie de liaison permet les contacts entre psychiatres et autres médecins.

Dans la recherche psychosomatique, des difficultés d'ordre théorique et méthodologique ne sont pas encore surmontées. Les problèmes étiopathogéniques restent encore obscurs. Tous les chercheurs acceptent un concept étiopathogénique pluraliste, mais chacun, depuis le biochimiste jusqu'au psychanalyste, aborde la recherche par des méthodes différentes sans préciser son niveau opératoire propre dans le cadre d'un schéma théorique général.

**Pyrochoc et médecine psycho-somatique,
par M. R. NOESSEN (de Luxembourg).**

Le pyrochoc se fait à l'aide de CH 36, complexe vitamino-magnésien par injection intraveineuse rapide (5 à 10 secondes) sur le malade en position couchée. L'année passée, nous avons parlé de l'antagonisme sympathique-parasympathique. En réalité, le phénomène est plus complexe. Il s'agit d'un agent de stress, qui déclenche une réaction d'alarme et peut ébaucher un syndrome général d'adaptation, voire un choc. Par l'action ganglioplégique du sympathique, l'effet de base de construction est évité. La psychothérapie y aidant (préparation du malade, persuasion), on évite ainsi le blémissement, l'apparition de malaises, voire la tendance syncopale. Il s'agit d'une réaction de défense précoce. Le contre-choc prend ainsi une allure lente adéquate amenant le malade à un nouveau niveau d'adaptation après l'action de stress du pyrochoc. Exemple clinique à l'appui (douleur morale, dyscinsésie biliaire, manifestation asthmatique, bégaiement).

**La névralgie faciale affection psychosomatique,
par M. A. CHARLIN (de Besançon).**

L'auteur apporte une série de 32 cas de névralgies faciales essentielles traitées par isolement, barbituriques, psychothérapie. Sur ces 32 cas extrêmement rebelles, 31 guérissent par la méthode. La névralgie faciale se présente souvent comme une affection cyclique. M. A. Charlin rapporte six cas où les malades avaient subi plusieurs années auparavant des interventions chirurgicales : neurotomies rétro-gassériennes, électro-coagulation, etc... ; aussi intenses que la première fois, les récides guérissent parfaitement. La séparation du milieu familial, et l'isolement ainsi que la psychothérapie paraissent des facteurs essentiels de la guérison, mais évidemment les barbituriques potentialisés par le 4560 jouent un rôle très utile ; on ne devrait jamais envisager une intervention chirurgicale ou névralgie faciale sans avoir tenté auparavant cette méthode.

Discussion

M. G. BERGOUIGNAN (de Bordeaux). — Si toute douleur, et en particulier certaines douleurs centrales, thalamiques et autres, comporte un versant psychologique, il est fort hasardeux de réduire la névralgie authentique du trijumeau à une maladie d'origine psychologique : la physiopathologie de la névralgie faciale est complexe, les décharges épileptiformes qui la caractérisent, et qui restent longtemps réversibles sous l'influence de facteurs très nombreux, traduisent une involution dont nous ne connaissons pas les lois mais dont les facteurs physiologiques (âge, terrain métabolique) l'emportent sur les facteurs psychologiques. La psychothérapie peut cependant enregistrer des succès au moins provisoires : Adler et d'autres auteurs l'ont signalé au début de ce siècle.

M. M. ALEXANDER (de Bruxelles). — Dans l'étiologie de la névralgie faciale, il y a lieu de tenir compte de l'état humoral du malade. Le rapport entre ce symptôme et un état de déséquilibre analogue aux états anaphylactiques a été bien démontré par Georges Burcher, qui a obtenu de beaux succès dans le traitement des névralgies faciales par choc anaphylactique.

A propos d'un cas de syndrome de Cotard avec balancement psychosomatique, par MM. M. DESPINOY et F. FANON (de Fort-de-France, la Martinique).

*
**

II. RAPPORT DE NEUROLOGIE

Epilepsies neuro-chirurgicales, par le professeur Jean-E. PAILLAS (de Marseille).

Résumé du rapport

Les crises d'épilepsie peuvent relever de la neuro-chirurgie dans deux circonstances : lorsqu'elles sont provoquées par une lésion expansive ; lorsque, étant en relation avec un foyer cortical cicatriciel, elles ne sont pas contrôlées par le traitement médical.

A. L'épilepsie des lésions expansives intra-craniennes. — Elle est essentiellement due aux néoplasies cérébrales *stricto sensu*, plus accessoirement aux tumeurs parasitaires, aux granulomes spécifiques, et par extension aux abcès, hématomes et dysgénésies neuro-ecto-mésodermiques.

I. — La fréquence de l'épilepsie au cours des tumeurs cérébrales est considérable puisque l'auteur a retrouvé 179 tumeurs épileptogènes sur un total de 450 tumeurs opérées (39,7 %) et 197 formes épileptiques sur un total de 550 lésions expansives (35,8 %). Au cours des tumeurs cérébrales, la survenue de crises d'épilepsie est influencée par :

1° *l'âge* : les tumeurs épileptogènes sont rares avant 20 ans, et fréquentes après 31 ans ;

2° *le siège de la tumeur* : les localisations frontales, temporales, rolando-pariétales ont environ le même nombre de tumeurs épileptogènes à leur actif,

les tumeurs temporales venant toutefois en tête, puis les rolandiques, et enfin les frontales ; ces trois groupes réunis représentent 89 % des tumeurs épileptogènes ;

3° la *nature histologique* : une tumeur est d'autant plus épileptogène qu'elle est plus bénigne.

II. — Dans un grand nombre de cas, c'est une crise d'épilepsie qui révèle la tumeur cérébrale (122 fois sur 450, soit 27 %). Les crises généralisées sont les plus fréquentes ; elles plaident en faveur d'une tumeur de nature bénigne (gliome bénin ou méningiome) siégeant dans l'étage antérieur du crâne ou dans le lobe temporal. Puis viennent les crises dites temporales, qui d'ailleurs peuvent être provoquées par une tumeur extra-temporale. Le jacksonisme est plus rarement le premier signe d'une tumeur, sa valeur localisatrice est également relative ; quand une hémiplégie succède aux crises, une tumeur bénigne est plus souvent en cause qu'une néoplasie maligne, et vice-versa. Mention doit être faite des crises atypiques, « démembrées », de grande valeur diagnostique.

III. — L'ÉPILEPSIE TUMORALE CHRONIQUE est représentée par des crises évoluant pendant de nombreuses années, à l'exclusion de tout autre symptôme. Il y en a deux formes. L'épilepsie tumorale de long cours (dans 22 observations, les crises dataient de plus de cinq ans quand l'opération fut pratiquée), emprunte le masque du grand mal ou de l'épilepsie psychomotrice ; elle est pratiquement toujours en relation avec une tumeur bénigne, mais lorsque le malade est conduit à l'opération, le diagnostic exact ayant enfin été posé, il arrive qu'un gliome bénin se soit transformé en glioblastome.

L'épilepsie tumorale peut d'autre part *simuler si bien le foyer cicatriciel* que, malgré toutes les investigations pré-opératoires, ce n'est qu'en cours d'intervention que la tumeur est découverte ; ce fait plaide en faveur de l'opération pour toute épilepsie focale dont l'étiologie cicatricielle n'est pas évidente, même si les examens complémentaires paraissent négatifs.

Le diagnostic de l'épilepsie tumorale emprunte ses éléments aux circonstances étiologiques (c'est une épilepsie de l'adulte), aux caractères cliniques des crises (crises généralisées d'installation solennelle, crises temporales riches en manifestations psycho-sensorielles, états de mal à répétition), à leur évolution (souvent capricieuse, mais qui peut simuler entièrement l'épilepsie idiopathique), aux données électro-encéphalographiques (92 % des tumeurs épileptogènes sont confirmées par l'électro-encéphalogramme), à la pneumo- et à l'angiographie (dont les données ne sont pas non plus formelles, de petites tumeurs pouvant être méconnues). En dernière analyse, il arrive que l'intervention soit décidée sur les seuls éléments cliniques. L'opération est formellement indiquée (sauf exceptions tenant à l'âge du malade, au siège de la tumeur, à sa nature), car elle vise à sauver le malade et à guérir les crises ; le second but n'est pas constamment atteint.

B. L'épilepsie par foyer cicatriciel au niveau du cortex. — Elle ne sera traitée par l'excision corticale que lorsque le traitement médicamenteux correctement poursuivi aura été impuissant à contrôler les crises. Les

résultats de l'opération sont favorables, puisque ne s'adressant qu'à des épileptiques graves ; les guérisons parfaites sont notées dans environ le quart des cas, et une heureuse amélioration dans un autre quart. Les succès semblent devoir être encore plus nombreux si une meilleure sélection des sujets opérables et une meilleure technique opératoire sont réalisées. L'auteur fonde ses conclusions sur les travaux déjà publiés et sur sa propre statistique portant sur 81 opérés.

I. — La sélection des crises épileptiques en foyer, fondée sur la clinique, l'électro-encéphalographie et la radiographie vise à ne retenir comme justiciables d'une opération que les sujets porteurs d'une cicatrice corticale solitaire, le reste de l'encéphale étant sain. Les trois arguments de localisation doivent parfaitement concorder : pour le dépistage, l'électro-encéphalographie et la clinique fournissent les plus précieux, mais ils peuvent être en défaut. Une opération ne sera jamais effectuée lorsque des discordances sont relevées. La constatation d'une crise clinique et électrique (par activation si nécessaire) est la meilleure méthode.

II. — Les cicatrices traumatiques fournissent la plus importante proportion de succès. L'excision corticale dirigée par l'électro-corticographie devra toujours être large, passant en tissu sain, mais l'étendue de la résection peut être limitée par la nécessité de respecter des territoires vitaux ou fonctionnels primordiaux. Lorsqu'en cours d'opération les lésions anatomiques ou électriques n'apparaissent pas évidentes, mieux vaut s'abstenir que faire une opération que l'évolution ultérieure révélera sûrement comme ayant été inutile.

Enfin, dans des cas privilégiés, la suppression chirurgicale des crises est complétée par une amélioration des syndromes neurologiques et des troubles psychiques associés.

Les cas justiciables d'une opération sont malgré tout relativement rares, représentant 5 à 10 % des épileptiques d'un service de consultation spécialisé.

Discussion du rapport de neurologie

M. H. ROGER (de Marseille). — Je félicite le professeur Paillas de son très beau rapport et en particulier de la modération de ses conclusions. L'ère neuro-chirurgicale a ouvert des horizons nouveaux en ce qui concerne le traitement de certaines épilepsies. Mais encore faut-il que les indications soient bien posées. Le pourcentage des épilepsies justiciables de cette thérapeutique ne dépasse guère 5 %, comme nous avons pu le vérifier avec Joseph Roger à la consultation pour épileptiques de la clinique neuro-psychiatrique de Marseille.

M. J. LEREBoullet (de Paris). — approuvant entièrement la prudence des conclusions du rapporteur, considère comme un maximum le pourcentage de cas opérables indiqué dans le rapport. De son expérience personnelle du service d'épileptiques de l'hospice de Bicêtre, et de la consultation qui y est annexée, il conclut que si la chirurgie de l'épilepsie tumorale garde toute sa valeur, la chirurgie physiologique de l'épilepsie qui a suscité de grands

espoirs ne garde plus qu'un domaine très limité et que la chimiothérapie, dont les progrès en ces dernières années furent considérables, reste en pratique la base du traitement de l'épilepsie.

COMMUNICATIONS SUR LE SUJET DU RAPPORT DE NEUROLOGIE

Fugues et condition comitiale, par MM. Y. POURSIDES J. ALLIEZ et Raymond PUJOL (de Marseille).

Les auteurs ont essayé de retrouver les caractères bio-électriques de la condition comitiale dans les fugues atypiques dont l'expression clinique s'écarte de celles de l'épilepsie temporale nettement caractérisée. Ils retiennent surtout les observations où les fugues sont parfois durables avec obnubilation plus ou moins intense associée à des manifestations très rares de comitativité clinique. Le rattachement de tels incidents à l'épilepsie aurait soulevé de grandes difficultés avant le développement de l'électro-encéphalographie. Pratiquement, les renseignements que celle-ci apporte restent difficiles à interpréter et les tracés obtenus ne sont ni constants, ni typiques, avec tendance à l'amélioration. Les frontières entre le déséquilibre mental et la comitativité authentique restent difficiles à tracer, la notion d'anomalies bioélectriques dans les états constitutionnels ne devant pas être perdue de vue.

Les fausses épilepsies temporales, à propos de deux observations, par MM. J. ALLIEZ, M. DONGIER et Raymond PUJOL (de Marseille).

Les auteurs insistent sur les difficultés d'interprétation des symptômes cliniques et bioélectriques en ce qui concerne les critères d'authenticité de la focalisation comitiale temporale. Ils montrent, à l'occasion de l'étude de deux malades, combien le diagnostic d'épilepsie psycho-motrice peut être parfois difficile et hésitant. Une rigueur sévère dans le choix des aspects pathologiques significatifs, tant dans le caractère des crises que dans celui des anomalies électriques doit permettre de réduire le nombre des cas d'épilepsie temporale certaine, l'extension de cette notion ayant paru peut-être été exagérée naguère.

Indications du traitement neuro-chirurgical de l'épilepsie chronique généralisée, par MM. J. BOUDOURESQUES, H. GASTAUT et J.-E. PAILLAS (de Marseille).

Note sur l'épilepsie réflexe, par MM. J. BOUDOURESQUES, H. GASTAUT et J.-E. PAILLAS (de Marseille).

Troubles psychiatriques et lobe temporal, par MM. P. GALLAIS P. PICARD, V.-G. LÉVY-CAVALLERI et J. BERT (de Marseille).

Les auteurs rapportent, dans le cadre nouveau des corrélations de manifestations psychiatriques diverses et de perturbations électriques localisées à la région temporale, trois observations-types montrant :

1° la possibilité de comportements épileptiques critiques de longue durée,

permettant de poser la question de l'existence d'états de mal temporal associés à des modifications intercritiques de la personnalité et du caractère ;

2° la coexistence plus banale de crises temporales brèves, classiques, avec des modifications psychopathiques intercritiques permanentes ;

3° enfin les horizons ouverts par la corrélation entre des anomalies électriques temporales non épileptogènes et une psychose vraie.

Discussion

M. J. ALLIEZ (de Marseille). — souligne l'intérêt de l'étude des dysrythmies cérébrales, à la fois chez les psychopathes caractériels et chez les délirants, dont les troubles psycho-sensoriels peuvent faire envisager une dysfonction temporale. La richesse des hallucinations olfactives initiales dans le cas présenté pourrait n'être pas fortuite.

Les épilepsies psychotraumatiques,

par M. M. LÉVI-BIANCHINI (de Salerne).

L'auteur, qui désigne sous ce nom des cas de « névrose épileptique », en rapporte une observation avec guérison à la suite d'un traitement psychanalytique. Il considère ces « épilepsies psychotraumatiques », manifestation du complexe œdipien, comme « un problème de premier plan dans la pathologie de la vie émotive » et en souligne l'intérêt.

L'aura merveilleuse, par M. Paul CARRETTE (de Paris).

Quelques malades, généralement des névropathes, signalent avant la crise comitiale une aura euphorique. Dostoïevski, atteint lui-même de crises épileptiformes, a longuement décrit ce symptôme, avec un lyrisme qui nous transporte dans le domaine de l'extase. Il était, par ailleurs, un anxieux, un tourmenté. Ainsi, le même sujet terrifié par l'idée de la mort lors de crises d'angoisse peut, en d'autres circonstances, éprouver un sentiment d'allégresse à l'approche d'accès qui paraissent tout aussi effrayants. La nature de la sensation seule importe ; c'est elle, et non l'idée qui, chez ces malades, commande l'angoisse ou l'extase.

Etude clinique et électro-encéphalographique d'un cas de Dreamy State, par MM. İhsan SÜKRÜ AKSEL, Kazim DAGYOLU et Kemal LENYAPRAK (d'Istanbul).

Observation d'une jeune fille de 20 ans présentant, avec un syndrome d'états de rêve (dreamy state), une altération bio-électrique unilatérale temporale.

Résultats du traitement médical dans une série de 100 cas d'épilepsie focalisée, par MM. Y. POURSIDES et J. ROGER (de Marseille).

*
**

III. RAPPORT DE MEDECINE LEGALE PSYCHIATRIQUE

Les examens de laboratoire en psychiatrie médico-légale,
par le Dr Pierre DENIKER (de Paris).

Résumé du rapport

Le rapporteur préconise l'introduction dans l'examen médico-psychologique du délinquant des méthodes modernes de laboratoire, dont l'usage se généralise dans les services de neuro-psychiatrie. Il existe d'ailleurs un mouvement mondial en faveur de l'examen individuel et approfondi du délinquant.

Ne dissimulant pas que ces progrès nécessaires compliqueront la tâche des experts, il souligne que tous les résultats d'examens doivent être soumis à l'appréciation du clinicien, qui doit être en mesure d'en juger relativement. A validité égale, la preuve clinique doit toujours l'emporter comme vérité plus immédiate et plus vitale. S'en tenant aux examens de laboratoire de la spécialité neuro-psychiatrique, le rapporteur examine successivement les méthodes biologiques, les méthodes psychologiques, la combinaison de ces méthodes, et les possibilités légales ou pratiques de leur introduction en France.

Au point de vue biologique, après rappel des possibilités de la radiologie, le rapport étudie l'électro-encéphalographie du point de vue médico-légal en distinguant les notions acquises et les voies de recherches. De toute manière, l'examen doit être pratiqué par de véritables spécialistes avec des appareils impeccables, étant donné ce qui est en jeu. L'importance de l'électro-encéphalogramme dans le diagnostic de l'épilepsie, des affections cérébrales organiques et des séquelles traumatiques, est envisagée du point de vue des juridictions criminelle et civile. Les principales recherches criminologiques poursuivies à l'aide de l'électro-encéphalographie sont relatées, notamment celles de F. Gibbs, de Silverman et de Denis Hill ; en général, l'incidence des tracés altérés se trouve très augmentée dans les populations délinquantes, ce qui est retrouvé en France par G. et J. Verdeaux.

Au point de vue psychologique, les tests d'intelligence et de personnalité sont successivement rappelés. Les premiers paraissent indispensables au diagnostic moderne des oligophrénies et des affaiblissements intellectuels. Quant aux tests de personnalité, le rapporteur a surtout étudié ceux qui intéressent la délinquance et le dépistage des anormaux. Ce sont des questionnaires comme le Cornell Index ou le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.) qui ont permis dans les pénitenciers américains des études systématiques intéressantes : les traits névrotiques n'ont pas une plus grande incidence que dans le groupe normal, mais la « déviation psychopathique » (déséquilibre psychique) est beaucoup plus fréquemment retrouvée, surtout chez les récidivistes. Ce sont aussi des tests d'expression motrice, comme la version qualitative du test de Porteus et le psychodiagnostic myokinétique de Mira (P.M.K.). Pour ces derniers, l'auteur a suscité un sondage français sur 80 forçats du centre national d'orientation de Fresnes, réalisé par MM. Pichot, Flores et Mlle Garnier, et dont les résultats semblent confirmer l'intérêt de ces tests au point de vue criminologique.

La combinaison des méthodes psychologiques et biologiques peut être utile, soit à la détection du mensonge, comme avec le « Lie Detector » — dont l'intérêt est relatif — soit surtout à l'établissement d'un diagnostic à quoi, en définitive, doit se ramener l'examen médico-psychologique du délinquant ; le rapporteur fournit quelques exemples et références de diagnostics redressés, confirmés ou modifiés grâce aux méthodes de laboratoire. Il cite également quelques recherches spécialement intéressantes comme celles de S. Lévy et M. Kennard, qui ont tenté d'établir des corrélations entre les résultats des électro-encéphalogrammes et les profils psychologiques du M.M.P.I.

Rien dans la loi française ne s'oppose à l'utilisation des méthodes préconisées, soit en expertise, soit à l'annexe psychiatrique de la prison. Mais la situation est différente en juridiction civile, où les examens peuvent être facilement obtenus, et en juridiction pénale où des difficultés de fait s'opposent le plus souvent à la poursuite de ces examens, qui seraient particulièrement nécessaires en ce domaine. Les annexes psychiatriques, récemment développées, constituent le lieu d'élection pour organiser les laboratoires spécialisés. Ceux-ci devront réaliser de véritables laboratoires d'analyses médicales, dotés de spécialistes qualifiés, et d'un matériel irréprochable. Faute de ces conditions, conclut le rapporteur, les examens qu'il propose seraient voués à l'inanité dangereuse sous une apparence pseudo-scientifique.

Discussion du rapport de médecine légale psychiatrique

M. G. DAUMÉZON (de Paris). — Il est nécessaire d'établir une distinction entre la recherche criminologique et la pratique médico-légale. Beaucoup plus que de l'objectivité, les épreuves de laboratoire introduisent des facteurs originaux dont elles ne sont que les instruments de mesure, moyens d'analyse du fait criminel. Si l'expertise médico-légale est un acte scientifique, et si le recours aux techniques scientifiques est une nécessité pour l'expert qui n'a le droit de négliger aucune recherche susceptible d'établir son opinion, l'expertise est de plus un acte social et un acte éminemment individuel. A l'inverse de la recherche scientifique, elle est indissoluble d'un certain engagement social.

M. R. PÉCHOUX (de Caluire). — Il est difficile de savoir si un test psychiatrique comme le sont les épreuves de projection peut jouer fréquemment un rôle médico-légal : la plupart de ces épreuves aident à découvrir des symptômes et à mesurer l'intensité de ceux-ci, à préciser une étiologie de la délinquance (souvent familiale ou sociale), elles permettent rarement un pronostic ; les épreuves de projection apportent symptômes et hypothèses ; c'est à la lumière de l'examen clinique que le médecin psychiatre peut tenter de les expliquer, de les grouper en un faisceau qui mènera vers un diagnostic.

M. A. CHARLIN (de Besançon). — En abordant l'utilisation de l'électro-encéphalographie et de la méthode des tests en expertise psychiatrique, le rapporteur a traité les deux problèmes essentiels de l'heure actuelle. Cependant, il n'a pas exactement délimité l'expertise psychiatrique, s'intéressant surtout à l'expertise criminelle, n'abordant qu'en partie le problème de l'expertise au civil et surtout n'a pas envisagé l'expertise médico-militaire

qui, par son retentissement financier sur le pays, a eu une grande importance. Il y aurait eu intérêt à discuter de l'électro-encéphalographie en dehors de l'épilepsie : l'ivresse pathologique, certains attentats aux mœurs, la délinquance infantile nécessitent souvent l'utilisation de cette méthode biologique.

Les tests de niveau intellectuel sont pratiquement les seuls utiles chez l'adulte, mais il conviendrait de délimiter et de définir la notion de responsabilité par rapport à l'âge mental d'un adulte. Par contre, dans l'expertise psychiatrique infantile, les tests de personnalité ont autant d'importance que ceux de niveau intellectuel. Enfin, dans l'appréciation de la valeur d'un témoignage, un examen psychologique complet devrait être systématiquement utilisé.

Le mérite du rapport de M. Deniker est d'avoir laissé sa large place à la clinique, qui doit garder le rôle essentiel, les méthodes de laboratoire n'étant que de précieux auxiliaires.

M. A. BROUSSEAU (de Paris). — tout en estimant, comme le rapporteur, qu'il est indispensable et urgent de mettre en œuvre, pour les investigations médico-légales, la recherche criminologique et l'examen des prisonniers, toutes les techniques de laboratoire adéquates, discute, à l'aide d'exemples, le rôle respectif du laboratoire et de la clinique. Il critique les règles actuelles des rapports entre les experts et les annexes psychiatriques des prisons et insiste sur l'importance, pour la désignation du médecin neuro-psychiatre de prison, d'une vaste expérience clinique et de travaux criminologiques antérieurs.

M. Jean TRILLOT (d'Albi). — approuve le rapporteur d'insister sur la primauté, en cas de dissentiment, de la clinique sur le laboratoire. Il regrette qu'il n'ait pas ajouté les examens morphologiques aux examens biologiques et psychologiques. Déplorant l'insuffisance en province des annexes psychiatriques des prisons, il conclut qu'il appartient au seul expert de choisir les méthodes biologiques qu'il juge à propos d'utiliser, de même que de poser un diagnostic d'après le résultat d'épreuves psychologiques d'application et d'interprétation souvent délicates. Il souligne le fait de la connaissance préalable fréquente par l'inculpé des tests utilisés par l'expert, ce qui en diminue considérablement la valeur.

Ces méthodes biologiques et psychologiques ont également leur application pour la sélection, la répartition, la rééducation et la réadaptation sociale ultérieure des condamnés.

M. M. ALEXANDER (de Bruxelles). — Le médecin-expert psychiatre est un témoin, mais un témoin de qualité particulière. Son rôle ne se borne pas à relater des faits aux juges ou aux jurés. A cause de ses connaissances spéciales, il doit expliquer les données qu'il apporte. Lui seul est capable de faire, des protocoles d'analyses et des autres éléments qu'il possède, une synthèse montrant en quoi les symptômes relevés, soit par l'examen clinique, soit par les recherches de laboratoire, sont en rapport avec le délit en cause.

M. Louis FROMENTY (de Tours). — Après avoir déclaré que les magistrats sont actuellement conscients des difficultés de la compréhension de la psycho-

biologie des criminels et désireux qu'on les y aide, et insiste sur la nécessité pour le psychiatre du concours des spécialistes de diverses sciences, M. Louis Fromenty insiste sur l'extension et l'équipement nécessaires des annexes psychiatriques des prisons.

M. J. HAMEL (de Nancy). — félicite le rapporteur de son excellent travail et insiste sur l'utilité de la pratique des tests dans l'appréciation toujours très délicate du degré de la débilité mentale.

Contrairement à certaines opinions exprimées, il estime qu'un grand nombre de magistrats sont maintenant très intéressés par les problèmes de la psychiatrie médico-légale. Il rappelle que l'enseignement de cette discipline est maintenant donné de façon très sérieuse dans plusieurs Universités. Enfin, il précise que l'expert psychiatre n'est pas un témoin ordinaire, mais bien un « auxiliaire de la justice ».

M. A.-M. FIAMBERTI (de Varese). — Il ne faut pas, à mon avis, parler de « données extra-cliniques » : même pour les épreuves de laboratoire et les tracés électro-encéphalographiques, il s'agit toujours de séméiologie à interpréter et synthétiser par le clinicien. (M. A.-M. Fiamberti donne des exemples confirmant ce point de vue).

COMMUNICATIONS SUR LE SUJET

DU RAPPORT DE MEDECINE LEGALE PSYCHIATRIQUE

Valeur de l'électro-encéphalographie pour l'expertise médico-légale d'un violent, par MM. P. PICARD, R. LE BRAS et P. NAVARRANNE, médecins de la marine (de Toulon).

Les auteurs rapportent l'histoire d'un violent, grand déséquilibré psycho-affectif, inculpé de tentative de meurtre suivie d'un suicide manqué. L'électro-encéphalogramme leur avait apporté la clé du diagnostic en mettant en évidence un foyer d'anomalies électriques de la région temporale profonde de l'hémisphère gauche.

Ils insistent sur l'intérêt médico-légal de l'électro-encéphalogramme en matière d'expertise, sur la nécessité de pratiquer des activations pour le diagnostic électrique de la comitialité, en particulier de ses formes atypiques, et sur la difficulté que peut soulever dans le domaine purement clinique l'intrication de troubles névropathiques avec l'épilepsie.

Le rôle du laboratoire de psychologie pathologique dans l'expertise médico-légale, par MM. M. BEAUDOUIN et H.-P. SMITH (de Nancy).

Les auteurs insistent sur le danger de l'introduction dans un dossier de police de valeurs chiffrées relatives à des notions telles que la « détérioration mentale » de Weichsler. Ils ont remarqué que 150 sur 1.000 sujets pathologiques étudiés présentaient des « index de détérioration » positifs, c'est-à-dire où les épreuves qui théoriquement devraient être les plus faibles étaient au contraire les meilleures.

En outre, si l'on reconnaît le rôle utile du laboratoire de psychologie pathologique en psychiatrie médico-légale, il faut, d'une façon urgente, permettre le recrutement officiel d'experts psychologues diplômés de la Sorbonne (ou d'autres instituts de psychologie) avec non un statut, mais un salaire qui puisse les attirer en province.

Pour les incroyants en matière de « testologie », des spécialistes auxiliaires de psychiatre ayant une solide formation dans le domaine des statistiques peuvent appliquer leurs connaissances à des recherches biologiques, thérapeutiques, diverses, entreprises dans les hôpitaux.

Valeur et légitimité des tests mentaux en médecine légale psychiatrique, par MM. R. LAFON, J.-L. FAURE, G. CHABALIER et M^{me} HOUSAY-BUTTEZ (de Montpellier).

Les auteurs, psychiatres et psychologues ont été amenés, par la pratique de la neuro-psychiatrie infantile et l'examen des mineurs délinquants, à apprécier les précisions complémentaires et les orientations nouvelles résultant de l'examen psychologique par tests, dont la corrélation de sens avec l'examen clinique est positive dans 80 à 95 % des cas sur 500 dossiers étudiés ; ils ont étendu cette méthode aux examens d'adultes délinquants ne comportant pas un diagnostic évident cliniquement. Ils utilisent uniquement des tests individuels, les uns systématiquement à titre de premier bilan (Terman-Merrill pour l'intelligence, Rorschach pour la personnalité), les autres « à la demande » (en particulier tests de structuration perceptive, de performance et de projection dynamique) ; ils insistent sur le fait que tout résultat, même et surtout s'il est chiffré, doit être interprété dans le contexte de l'examen clinique et de l'enquête, grâce à un travail d'équipe entre le psychiatre, très averti des méthodes de la psychologie appliquée, et son collaborateur psychologue, formé par lui à l'expérience clinique. Ainsi conçu, l'examen psychologique apporte une contribution importante, d'une part à l'examen mental (spécialement en ce qui concerne le mode d'adaptation aux situations, les possibilités intellectuelles, les signes d'organicité, la valeur des contrôles intégratifs supérieurs de la conduite), d'autre part à l'étude de la criminogénèse (processus de structuration de la conduite et motivations).

Application du « test » de Minnesota à l'expertise neuro-psychiatrique, par MM. Jean CARRIÉ, Louis GAYRAL et Yves HERVÉ (de Toulouse).

A propos de cinq observations, les auteurs concluent que le test de Minnesota constitue un instrument de travail très intéressant en pratique médico-légale et surtout dans les cas limites. Il n'est en aucun cas utilisé isolément et les auteurs insistent sur l'importance de la notion de « batteries » de tests. Un test doit être associé et étudié avec d'autres, tous n'ayant de signification qu'au regard du contexte clinique.

IV. COMMUNICATIONS DIVERSES

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

L'identification à autrui, fondement de toute psychologie,
par M. A. HESNARD (de Toulon).

Quelles que soient les techniques qu'elle utilise, la psychologie, discipline autonome et unitaire, n'est fondée ni sur le subjectif, ni sur l'objectif, mais sur ce seul mode de connaissance pratique qu'est l'identification au semblable. Toute psychologie dérive du fait élémentaire de notre connaissance de quelqu'un. La personne humaine concevable scientifiquement n'existe psychiquement qu'en relation avec l'ambiance interhumaine et avec autrui. Elle ne relève, ni de la mécanique, ni de la mystique, mais de la connaissance de l'humain, fondée sur l'identification au semblable. Elle se révèle seulement par le sens de ses actions (Merleau-Ponty).

Discussion

M. Hans STECK (de Céry-sur-Lausanne). — Je constate avec plaisir que M. A. Hesnard est en train de transcender largement la psychanalyse et de se rapprocher très ouvertement de l'analyse existentielle de Ludwig Binswanger.

Mme Agnès Masson (de Cadillac). — Les données essentielles de la psychologie humaniste contemporaine, la personne, le personnage et les rapports avec autrui (autrui individuel et autrui collectif), affirment — en dehors de toute conception métapsychique — la réalité psychologique humaine comme étant autre chose qu'une superposition de formules et de schémas. Il était bon de rappeler aux psychiatres l'intérêt de suivre le développement de la psychologie.

Evolution neuro-psychique d'un cas d'ictère nucléaire,
par M. H. AUBIN (de Clermont-Ferrand).

Les séquelles de l'ictère nucléaire des nouveau-nés malheureusement difficiles à mettre en évidence rétrospectivement, peuvent conditionner d'importants troubles neuro-psychiques dont l'évolution est mal connue. Le cas présent, privilégié, avec examens hématologiques démonstratifs, montre un syndrome du type Wilson et des troubles psychiques tardifs, à partir de 13 ans, avec légère régression intellectuelle, agressivité, fabulation mégalomaniaque, etc...

De quelques considérations sur des Rorschach, des dessins, et l'électro-encéphalogramme, par M. Jacques FAURE, M^{mes} LE PLEY et ABIET (de Bordeaux).

Les travaux de Mme Minkowska ont posé les caractéristiques de la constitution épileptoïde avec ses deux pôles (ralentissement, stase, viscosité ;

réactions explosives, irritabilité, impulsivité), prouvés par tout un ensemble d'investigations psychologiques.

Reprenant ces investigations et y ajoutant des techniques physiologiques, les auteurs s'attachent à démontrer qu'il existe bien deux sortes d'épileptoidie : l'une à dominance impulsive, avec pointes dans l'électro-encéphalogramme et temps de réaction corrects, améliorée par le traitement anticomitial classique ; l'autre avec stase, viscosité et caractères électrographiques de type « sommeil à l'état de veille » à l'électro-encéphalogramme, avec des temps d'intégration opto-motrice et de réactions motrices anormalement longs, que les auteurs appellent « hypnoïdie », améliorée par les anti-hypniques, alors que le traitement barbiturique reste sans effet.

La conception de la constitution épileptoïde se trouve donc confirmée dans ses deux pôles, et précisée quant au pôle *hypnoïde* par les recherches en cours.

Corrélations entre les données cliniques et électro-encéphalographiques chez cinquante schizophrènes, par MM. M. DONGIER, BEAU et ECHENOZ (de Marseille).

Érotomanie à fixation médicale, manifestation initiale d'une schizophrénie à évolution favorable. Précession encéphalitique, par MM. J. ALLIEZ, M. DONGIER et Raymond PUJOL (de Marseille).

Une jeune fille de 26 ans révèle d'abord un délire érotomane par des attitudes importunes mais absurdes envers un confrère chirurgien puis élabore rapidement un autre thème délirant où dominent les idées de fixation illustre. Le comportement est très discordant et le diagnostic de schizophrénie à forme paranoïde est porté par plusieurs médecins. Un épisode encéphalitique avec céphalées, diplopie, diabète insipide et quelques symptômes neurologiques était survenu en 1941, à l'âge de 14 ans. L'impression clinique était très mauvaise quand une cure de Sakel fit disparaître tous les symptômes. Les auteurs insistent sur les difficultés d'appréciation du pronostic de ces érotomanies symptomatiques. Le diabète insipide a été également observé au début de certaines démences précoces et cette notion, de même que la netteté du tableau clinique contribuait à faire envisager une évolution défavorable du cas.

Délire de possession diabolique, tuberculose pulmonaire, alternance du délire et des poussées, par MM. M. DESPINAY, R. MILLON et Y. TEULIÉ.

Trois cas de délire de conjoints chez des transplantés, par MM. L. BONNAFÉ, G. BOLLOTTE, R. GEST, M^{me} HEYWARD et E. SIFFLET (de Sotteville-lès-Rouen).

Les auteurs présentent les observations de trois couples (deux bretons et un espagnol) qui, transplantés en Normandie, y ont présenté des activités codélirantes avec de surprenantes similitudes de certains aspects. Ils insistent sur le caractère déterminant de la transplantation, lorsqu'elle est vécue comme isolement profond, dans l'éclosion des réactions psychopathiques. Ils pensent que la discussion sur de tels cas doit s'épurer des considé-

rations simplistes habituelles sur inducteur-induit, actif-passif, délire communiqué ou simultané, etc... En fait, l'essentiel est que les malades aient tous deux, vivant dans des conditions communes d'isolement, participé à une activité pathologique.

Délire aigu et syndrome d'acuité. Considérations pathogéniques,
par MM. C. BERTHIER et R. PONGETOUX (de Bassens).

Etude de l'encéphalite psychosique azotémique à la lumière des travaux de Reilly, Tardieu, Laborit. Rôle du terrain, de l'insuffisance fonctionnelle du S.E.R. Importance de la réaction adrénogluco-corticoïde, de l'hypercatabolisme protidique, des troubles hydro-électrolytiques. Parenté avec le syndrome d'acuité. Intérêt de l'hibernation et des neuroplogiques.

Méningite tuberculeuse et delirium tremens,
par MM. L. VALLADE et BEC (de Pau).

A propos d'un cas de méningite tuberculeuse avec délirium tremens, chez un alcoolique, les auteurs font remarquer les difficultés d'interprétation diagnostique et la gravité de l'association des facteurs toxiques et infectieux, gravité dont témoigne l'échec du traitement par la streptomycine.

Alcoolisme mental et gastrectomie.
par MM. G. DAUMÉZON, M^{lle} COR et M. GUIGUEN (de Paris).

Etudiant 619 alcooliques mentaux, les auteurs trouvent parmi eux 46 gastrectomisés. Un groupe de malades non alcooliques pris au hasard ne donne qu'un pourcentage de 1,2 % de gastrectomisés. Etude statistique de l'âge, de la profession, du type de réaction psychiatrique, de la durée écoulée depuis l'intervention. Considérations sur l'étude statistique d'un problème psycho-somatique.

Confusion mentale apparue chez des éthyliques après désintoxication et consécutives à la prise de T.T.D. sans injection d'alcool, par M. G. BOITTELLE et M^{me} BOITTELLE-LENTULO (de Lorquin).

Ces auteurs rapportent deux observations de confusion mentale grave et une observation d'état confusionnel plus léger à la suite de l'absorption régulière, et pendant une courte période, d'un comprimé de 0,50 de tétraéthylthiurame, sans aucune prise d'alcool.

Niveau professionnel et alcoolisme mental,
par MM. G. DAUMÉZON, M^{lle} GOASDOUE et NIZARD (de Paris).

Comparaison des professions de 359 alcooliques, entrés à l'hôpital Sainte-Anne à Paris pendant six mois, à un groupe identique pris au hasard dans une période antérieure, puis à un groupe égal de malades non alcooliques entrés dans la même période. La répartition entre les diverses catégories professionnelles (sans profession, manœuvres, ouvriers spécialisés, artisans, etc., au total dix catégories) s'établit dans les trois groupes de façon à peu près semblable.

La comparaison des pyramides d'âge dans chaque catégorie fait apparaître dans quelques cas des répartitions significatives.

Discussion

M. Hans STECK (de Céry-sur-Lausanne). — signale les particularités constitutionnelles relevées chez les alcooliques par son élève, le Dr A. Gloor, et par le Dr Fattorusso, ainsi que la différence de l'alcoolisation selon les régions et les habitudes régionales. Il souligne l'importance du nombre des admissions pour alcoolisme à la Clinique psychiatrique universitaire du canton de Vaud, en application de la loi du 12 décembre 1949 sur le traitement des alcooliques.

Sur un cas de suicide par le T.T.D., par M. Georges BOITTELLE
et M^{me} Cl. BOITTELLE-LENTULO (de Lorquin).

Le suicide réactionnel, par M^{me} Agnès MASSON (de Cadillac).

Examen du problème du suicide réactionnel, qui n'est pas nettement pathologique mais qui survient chez un sujet normal, sans troubles marqués, comme conséquence de la souffrance morale due à l'expérience vécue ; épisode qui aurait été évité si l'expérience vécue avait été autre ou si elle s'était arrêtée avant le moment de l'acte.

Le suicide réellement normal existe-t-il ? Une partie au moins de ces suicides ne sont en réalité que des suicides réactionnels, actes de désarroi momentané devant des circonstances éminemment défavorables, pouvant survenir en fait chez des sujets qui ne présentaient aucune prédisposition. Le suicide réactionnel peut d'ailleurs être déclenché avec une facilité relative ; les exemples sont nombreux et soulèvent le problème de la responsabilité indirecte, objet d'une autre étude.

Il est à noter que, tout comme les autres manifestations de l'état réactionnel, le suicide raté peut exposer le sujet au faux diagnostic de simulation.

Etats réactionnels et psychoses réactionnelles,
par M^{me} Agnès MASSON (de Cadillac).

La communication reprend le débat entre psychoses réactionnelles et états réactionnels au point où l'avait laissé le congrès de 1949 et utilise des études récentes, y compris celles de l'auteur. La notion d'état réactionnel paraît se dégager comme une réaction à la souffrance psychique, gardant toujours des possibilités de réversibilité extrêmement rapide et à peu près complète.

La communication compare les données et les arguments fournis par la neurologie et la médecine expérimentale, notamment les études de Morel et de Massermann, y compris la constatation de ce dernier que toute névrose expérimentale, chez un animal normal sans prédisposition, peut laisser des séquelles minimales, paraissant correspondre sur le plan humain à la légère fragilité psychique, consécutive aussi bien à l'état réactionnel prolongé qu'à des souffrances même plus légères.

Formes cliniques de l'anxiété morbide. De la névrose d'angoisse à l'hypocondrie et à la neurasthénie chronique. par M.-R. LANTER (de Rouffach).

Régression de la paralysie générale dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine, par MM. Xavier ABÉLY, René BESSIÈRE et P. GUIRAUD (de Paris).

Les auteurs, médecins des Centres de malariathérapie de l'Hôpital Sainte-Anne, signalent la disparition progressive des cas de paralysie générale dans leurs services, soit une diminution de 80 % depuis 1948. Bien que peu de documents aient été produits sur ce point, il semble que ce soit là un phénomène général. Il est dû sans doute au recul de la syphilis elle-même sous l'influence des traitements modernes (fait noté par de nombreux syphiligraphes). Cependant, si l'on tient compte de l'intervalle de quinze ans, qui sépare habituellement le chancre initial et la paralysie générale, l'effet des thérapeutiques arsénicales et bismuthiques aurait dû se manifester beaucoup plus tôt. Un élément étiologique complémentaire resterait donc à rechercher.

Le recours à l'étymologie dans la langue de la psychiatrie,
par M. G. FERDIÈRE (d'Anglet).

Il ne peut être que nocif comme la fidélité aux vieux usages verbaux. Exemples : érotomanie, hystérie, démence précoce, aliénation. Le psychiatre est maître de ses mots et doit se donner une langue vivante.

Discussion

M. G. COLLET (de Paris). — sans critiquer l'emploi d'appellations anciennes et de mots dont l'usage s'est altéré, souligne la nécessité de ne pas appliquer, à des significations nouvelles différentes, des mots légitimement formés et utilisés. Il n'est pas moins nécessaire, lors de la création de mots nouveaux, de veiller à leur sens étymologique.

*
**

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Valeur que l'on peut accorder à l'électroencéphalographie dans les syndromes subjectifs communs des traumatismes crâniens, par MM. R. LAFON, P. PASSOUANT, R. LABAUGE et J.-P. TEMPLE (de Montpellier).

L'étude de cinquante cas de syndromes subjectifs des traumatisés du crâne montre : 1° la fréquence des tracés normaux (40 %), qui ne peuvent infirmer le diagnostic clinique ; 2° des modifications de l'électro-génèse corticale (60 %), qui traduisent un dysfonctionnement cortico-sous-cortical, non spécifique du syndrome subjectif ; 3° chez certains, une sensibilité accrue au cardiazol avec signes épileptiques en dehors de toute expression clinique.

Discussion

M. J. HAMON (de Paris). — L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire permet, dans certains cas de syndromes subjectifs post-traumatiques, de mettre en évidence des atrophies cérébrales circonscrites. Ce mode d'exploration ne peut évidemment être systématiquement imposé aux intéressés, au cours d'une expertise médico-légale.

Modifications du comportement chez l'homme et chez l'animal par la stimulation lumineuse intermittente (avec études électro-encéphalographiques et études des réactions sanguines), par MM. J. FAURE, R. PAUTRIZOL, A. MATTERN, G. MORIN et M^{lle} VERDEAU (de Bordeaux).

Cette étude de deux ans porte sur 220 sujets, indemnes de tare organique, soumis à 240 stimulations lumineuses intermittentes, 160 examens de sang, et sur 10 lapins soumis à 18 stimulations lumineuses intermittentes, 45 examens de sang. De multiples contrôles des variations du nombre absolu des éosinophiles et des lymphocytes furent accomplis chez l'homme et l'animal en dehors des stimulations lumineuses intermittentes. Electro-encéphalogrammes, mouvements respiratoires, variations de l'impédance cutanée furent enregistrés. Les résultats montrent que la stimulation lumineuse intermittente peut servir à révéler des types de tempérament et des modes de comportement. Elle peut réaliser une réaction d'alarme, son point d'agression étant la région mésencéphalo-hypothalamique. Les réactions obtenues montrent que dans ce type de « stress » il existe des facteurs : nerveux central, hypophyso-surrénal, tissulaire, neuro-végétatifs et humoraux.

Données histopathologiques sur les lésions des neurones spinaux dans l'intoxication diphtérique expérimentale du cobaye, par MM. Y. POURSINES, P. GALLAIS et M^{me} SAUVÉ RUSTERUCCI. (de Marseille).

*
**

COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE ET DE THERAPEUTIQUE

Sur l'architecture et l'aménagement des services destinés au traitement des troubles mentaux vus dans la perspective thérapeutique, par MM. L. BONNAFÉ et J. CALVET (de Sotteville-lès-Rouen).

Les auteurs soulignent que, dans les faits, ce sont des considérations entièrement étrangères au traitement de la maladie qui ont déterminé le cadre matériel dans lequel le psychiatre est obligé de travailler.

Actuellement, le psychiatre qui a la chance de pouvoir réorganiser le cadre matériel de son activité doit exercer une vigilance extrême à l'égard des tendances dominées par les thèmes de surveillance, protection, etc... ; en somme, il doit répudier tout style oppressif dans l'ensemble et le détail, il doit examiner les significations des éléments du cadre de vie. Il doit régler le difficile problème d'harmoniser les nécessités d'une organisation rationnelle pour la thérapeutique et les nécessités d'un décor favorable à la création d'un climat psychothérapique favorable.

Contre-indications en psychothérapie institutionnelle,
par MM. G. DAUMÉZON et J. BENOISTON (de Paris).

Ces dernières années des médecins variés, parmi lesquels les auteurs, ont tenté de créer dans divers hôpitaux psychiatriques des entreprises thérapeutiques de travail, de loisirs, etc...

Au cours de ces tentatives, les sujets paranoïaques, pervers, les déficitaires, sont amenés à former des groupes pathologiques qui créent des intentions d'oppression, rendent les traitements néfastes. Le médecin doit connaître ces dangers puisque la thérapeutique institutionnelle consiste dans le maniement de ces dynamismes. En corollaire, il doit être libre de ses mouvements ; la psychothérapie institutionnelle est irréalisable ou dangereuse sans une direction administrative.

Discussion

M. M. ALEXANDER (de Bruxelles). — Les remarques pertinentes de MM. G. Daumézon et J. Benoiston peuvent également s'appliquer au traitement par le travail des délinquants, qu'ils soient normaux ou anormaux.

Quelques données critiques sur des problèmes de psychothérapie collective et de réadaptation sociale, par MM. L. BONNAFÉ et J. CALVET (de Sotteville-lès-Rouen).

Les auteurs estiment qu'après avoir été trop méconnues en France, les activités dites aujourd'hui de « thérapeutique institutionnelle » commencent à prendre une extension considérable. Il est temps de faire un effort particulier de vigilance et de discernement à l'égard des perversions qui menacent cette orientation (perversion dont on trouve les principes chez H. Simon et K. Schneider) : formalisme, paternalisme autoritaire ou bon enfant, création d'une version moderne et raffinée de l'exploitation de la main-d'œuvre aliénée, enkystement de l'institution, persistance de l'asile aliéné, etc... L'expérience des auteurs les conduit à penser que les moyens mis en œuvre se réduisent à des trucs ou procédés s'ils ne servent essentiellement à favoriser des prises de conscience, et s'ils ne luttent pas contre la structure oppressive de l'« asile ». Ce qui est décisif en thérapeutique psychiatrique après les traitements médicaux proprement dits, c'est l'attitude du personnel à l'égard des malades. C'est un problème de conscience et de culture et non un problème moral.

Sur un essai de réadaptation chez une malade avec épilepsie morphéique et graves troubles de caractère, par MM. Fr. TOSQUELLES et F. FANON (de St-Alban).

Les auteurs rapportent le cas d'une malade de 28 ans, épileptique, à propos de laquelle avait été soulevé le diagnostic de démence précoce. La malade, transférée d'un autre hôpital psychiatrique, présentait des troubles très graves de caractère avec irritabilité, jets d'objets, comportement très clastique.

A la suite de la suppression totale des barbituriques, et en corrélation avec une thérapeutique institutionnelle et l'administration de psychamines, les troubles ont pratiquement disparu.

Traitement de certains délires par narcoanalyse,
par R. NOESSEN (de Luxembourg).

Contribution pratique au problème actuel de la psychogénèse et psychothérapie des psychoses et notamment de la schizophrénie. Il y a dix ans, nous avions dissuadé un malade de croire à ses idées d'influence, de radiation électro-magnétique. Depuis 1946, cas de plus en plus nombreux soumis à la narco-analyse : au cours de la séance, disparition des idées délirantes, le malade devenant abordable, se comportant comme un névrosé aux prises avec ses conflits intérieurs; amélioration, en voie de guérison après quelques séances dans des cas de délire mystique, et autres psychoses délirantes. La psychose a éclaté après une évolution névrosée au moment où le malade n'arrive plus à s'adapter ou à maintenir son mécanisme de défense.

Deux cas de contracture névropathique de la main rapidement guéris par narco-analyse, par MM. R. LAFON, P. PAGÈS, R. LABAÏE et ABRIC (de Montpellier).

Du rôle de la cure ambulatoire par l'antabuse et l'influence du groupe sur des éthyliques traités dans une grande administration, par MM. A. GROSSIORD, J. FAURE, F. DUTERTRE, G. MORIN et M^{lle} VERDEAU (de Paris).

Cette cure ambulatoire par l'antabuse est spéciale : elle use de doses très légères, étalées sur un temps long, associées à un traitement général ; elle est administrée à des sujets insérés dans un cadre professionnel et social particulier, bénéficiant des méthodes de psychothérapie de groupe, maintenus dans le milieu même où ils ont contracté leur intempérance, ainsi conditionnés peu à peu à la sobriété dans le cadre qui avait été pernicieux, non humiliés, mais revalorisés.

En deux ans et sept mois, il n'y a jamais eu d'accident. Sur 85 cas on relève : 61 favorables, 4 suspects, 5 échecs proprement dits, 15 refus. Il y a eu 7 % de réactions hypocondriaques éphémères. Les citadins étaient les plus nombreux, le vin rouge la boisson le plus souvent en cause, la quantité absorbée excessive. L'entraînement est la cause principale, l'habitat vient ensuite. L'alcoolisme courant paraît être plus la conséquence d'habitudes sociales et professionnelles que de tendances morbides. Une étude statistique du réflexe oculo-cardiaque a montré une phase de début vagotonique, puis une phase sympathicotonique, suivies d'une phase normale ; il sert de test de sûreté et de docilité.

A propos des altérations cérébrales constatées à l'occasion de la psycho-chirurgie. Perspectives sur les variétés et les mécanismes étiologiques des psychoses, par MM. J. PERRIN, P. LÔO et J. BRETON (de La Charité-sur-Loire).

Dans une première série de 30 interventions de psycho-chirurgie pratiquées à La Charité-sur-Loire chez des malades chroniques ayant plus de huit ans d'internement (dont 24 schizophrènes) il a été constaté dans 21 cas (70 %) des altérations macroscopiques du cerveau ou des enveloppes. La lésion la plus fréquente est la méningite séreuse (18 cas, soit 60 %) associée, dans huit cas, à une anchnidite nette.

Dans ces cas, les auteurs diffèrent l'intervention psycho-chirurgicale et se bornent au traitement médical associé au drainage.

Ces lésions exsudatives suggèrent l'hypothèse d'une origine inflammatoire toxique ou infectieuse, peut-être encéphalitique méconnue ou infectieuse, peut-être encéphalitique méconnue à l'origine, et conduisent à traiter précocément ces malades par les antibiotiques. L'expérience est en cours et ses résultats en seront rapportés plus tard.

Discussion

M. HANS STECK (de Céry-sur-Lausanne). — met en garde contre une interprétation trop hâtive de certains artéfacts et de lésions agonales qui ne représentent pas le substratum anatomique de la schizophrénie. L'intervention chirurgicale sur l'écorce peut, par elle-même, provoquer des altérations d'ordre congestif oedémateux.

L'encéphalite produit une autre symptomatologie psycho-pathologique que le syndrome schizophrénique, dont le substratum anatomique, encore inconnu, n'est pas une encéphalite.

M. A.-M. FIAMBERTI (de Varese). — Les données négatives des épreuves sur le liquide céphalo-rachidien, même au début du syndrome schizophrénique, et les résultats des examens histo-pathologiques, sont contraires à l'hypothèse d'une origine inflammatoire de la schizophrénie. Les lésions trouvées à l'encéphalographie gazeuse sont tardives et sans caractère étiologique.

Utilisation thérapeutique d'un appareil portatif d'électrochoc, indépendant d'une installation électrique urbaine : le « dynamothère », par MM. P. ROYER et M. BEIS (de Maréville).

D'après une longue expérience, le dynamothère apporte une solution à certains problèmes posés par la convulsivothérapie, tant à l'hôpital qu'en clientèle. C'est un appareil léger, peu encombrant, portatif, indépendant d'un quelconque secteur électrique, et autorisant aussi bien l'électro-choc classique que les techniques d'électro-stimulation (électro-nacose). Pratique et maniable, grâce à sa poignée porte-électrodes et à la télécommande, il permet d'opérer rapidement, parfois sans aide, et toujours sans mise en scène traumatisante.

Discussion

M. A.-M. FIAMBERTI (de Varese). — Je me demande seulement s'il y a vraiment utilité, au point de vue de la clinique et de la thérapeutique des maladies mentales, à utiliser un appareil qui encourage l'application de l'électrochoc au domicile du malade ?

Données numériques sur le pronostic actuel des états maniaco-dépresseifs traités par l'électrochoc, par MM. Ch. FEUILLET, J.-R. GÉRARDIN et J. MERCIER (de Maréville).

Les auteurs étudient comparativement diverses données numériques sur un ensemble de plus de 1.000 malades — maniaques ou mélancoliques — répartis en deux groupes chronologiques, l'un antérieur, l'autre postérieur

à l'avènement de l'électrochothérapie. Celle-ci a augmenté la proportion des sorties et celle des bonnes rémissions cliniques, elle a écourté considérablement la durée moyenne d'hospitalisation et réduit la mortalité des premières années. On peut admettre qu'actuellement les 2/3 de ces malades sortent dans les trois mois, guéris de leur accès. Le pronostic particulier des dysthymies tardives est du même ordre. Par comparaison avec l'autre groupe, la stabilité des résultats n'est pas moindre dans le groupe traité par électrochoc ; la fréquence des rechutes avant un an y est, au contraire, très inférieure. Dans les formes périodiques, les 2^e ou 3^e accès ne diffèrent guère du premier, dans leurs réactions au traitement.

L'emploi de techniques intensives d'électrochothérapie semble avantageux dans nombre de cas et tout spécialement dans le traitement de la manie aiguë.

Electronarcose et hypochondrie,

par MM. J. RONDEPIERRE, HENNE, CHAMPION et P. MARTY (de Paris).

Les dépressions à forme hypocondriaque sont plus souvent rebelles aux traitements de choc que les dépressions simples ; il vaut mieux alors utiliser l'électro-narcose de préférence à l'électro-choc ordinaire ; sur 19 de ces cas : 12 guérisons, 6 améliorations durables, 1 échec.

Dans la névrose hypocondriaque, par contre (où l'électro-choc est inefficace et contre-indiqué), les auteurs, au moyen de cinq à sept séances d'électro-narcose, ont obtenu des résultats spectaculaires et durables dans ces cas qui font le désespoir des médecins de médecine générale par leur incurabilité habituelle : 12 cas traités : 3 guérisons, 5 très grandes améliorations, 4 améliorations, aucun échec total.

L'état actuel de la thérapie acétylcholinique avec ou sans choc,

par M. A.-M. FIAMBERTI (de Varese).

L'auteur rappelle les fondements neuro-biologiques de la thérapeutique acétylcholinique et la possibilité de réaliser la cure sans choc avec l'introduction intraveineuse lente.

Les résultats de seize ans d'application sont les suivants : 60 à 70 % de rémission totale dans les schizophrénies aiguës ; 20 % chez les malades de un à trois ans ; 20 % dans les schizophrénies chroniques.

L'auteur est d'avis qu'à l'heure actuelle le psychiatre qui néglige cette thérapeutique dans les schizophrénies n'accomplit pas entièrement son devoir de médecin, parce que les faits démontrent que le succès thérapeutique a été bien souvent obtenu, même lorsque les thérapeutiques avaient échoué.

Résultats d'une cure de sommeil dans un cas d'obsession,

par MM. Eug. MINKOWSKI et P. CITROME (de Paris).

Obsessions de date ancienne sur un fond de schizoïdie, chez un individu âgé de 54 ans, compatibles pendant de longues années avec une importante activité professionnelle, mais exacerbées depuis trois ans à tel point que le travail a dû être suspendu et que la vie était encore à peine supportable pour l'intéressé et son entourage. Les traitements appliqués n'ont pas donné

de résultats ; la lobotomie avait même été envisagée. La cure de sommeil, demandée par le malade, a eu pour conséquence une sédation des plus appréciables. A signaler, à titre de particularité, qu'au cours de la cure l'élément confusionnel était à peine marqué et que l'amélioration s'est produite très rapidement, de façon spectaculaire, accompagnée d'euphorie, excessive presque au début. Le résultat remonte à plusieurs mois et, bien que l'avenir impose des réserves, n'est pas sans intérêt.

Cure de somnolence en pratique psychiatrique, par MM. R. LAFON, N. DUC, J. MINVIELLE et H. MAUREL (de Montpellier).

Les auteurs ont été amenés, dans leur technique dont ils donnent une analyse détaillée, à considérer l'évolution du traitement des psychoses par les hypnotiques : après la cure continue de sommeil profond, la tendance actuelle est de réaliser, grâce aux potentialisateurs, des cures discontinues et prolongées. Un pas de plus a été fait à la suite des travaux de Guiraud, Delay, etc..., la technique décrite s'inspire du principe de l'*effet thérapeutique de la simple somnolence* (deux à trois périodes de trois heures dans la journée) obtenue à moindres frais par des dérivés de la phénothiazine (phénergan, largactil), associés au gardénal ; la réduction des doses permet une prolongation de la cure (30 à 45 jours) et les auteurs s'attachent à démontrer que l'efficacité dépend de la durée du traitement.

Note sur les techniques des cures de sommeil avec conditionnement et contrôle électro-encéphalographique, par MM. M. DESPINOV, F. FANON et W. ZENNER (de Fort-de-France, La Martinique).

Les auteurs, qui ont cherché à mettre au point une technique des cures de sommeil permettant le conditionnement et à vérifier si une telle technique permet de réduire les doses de médicaments somnifères, rapportent les résultats thérapeutiques favorables qu'ils ont obtenus dans un grand nombre de cas. Un dispositif fut imaginé par eux, basé sur la technique de Ch. W. Mayo de réglage automatique des anesthésies générales par électro-encéphalographie. L'emploi du 4560 R.P. permet de réduire considérablement les doses de médicaments employés et, par l'adjonction de dolosal, de porter à six heures la durée du sommeil complet.

En conclusion, le goutte à goutte intraveineux lent de sérum, qui permet le réglage de l'adjonction de potentialisateur ou d'eunoctal, selon les tracés électro-encéphalographiques, leur paraît le meilleur procédé. La technique de contrôle électro-encéphalographique doit permettre de codifier exactement les cures de sommeil avec réflexe conditionné. Les auteurs insistent sur la nécessité de très bonnes conditions d'isolement.

L'activité cérébrale pendant l'hibernation artificielle des animaux et de l'homme, par M. G. MINOT (de Paris).

Au cours de nombreuses recherches effectuées au centre expérimental cardio-vasculaire de la Pitié, et au cours de quelques hibernations humaines, des électro-encéphalogrammes ont été enregistrés à l'aide d'aiguilles plantées dans la peau du crâne.

Les tracés obtenus s'apparentent à ceux du sommeil aux différents niveaux de la conscience pour une température supérieure à 28°. Pour des températures plus basses, les ondes lentes sont absentes et des rythmes rapides peu voltés apparaissent sur tout le cortex. Des pointes-ondes et des polypointes-ondes s'accompagnant de clonus peuvent apparaître. Une inhalation d'oxygène fait disparaître ces phénomènes. Le clampage de l'aorte provoque une mort cérébrale apparente brutale. L'activité électrique redevient normale au rétablissement de la circulation.

Ces quelques remarques montrent l'intérêt de l'examen de l'activité électrique cérébrale pendant l'hibernation artificielle.

Guérison par hibernation d'un coma oxycarboné grave, par P. PICARD, R. LE BRAS et P. NAVARRANNE, médecins de la marine (de Toulon).

Les auteurs rapportent l'observation d'un coma oxycarboné grave guéri grâce à la technique de l'hibernation artificielle par hypothermie contrôlée accompagnée de plusieurs investigations électro-encéphalographiques pendant toute la durée du traitement. Deux mois plus tard, la malade présentait seulement des signes neurologiques très discrets et un syndrome d'asthénie psycho-somatique.

L'expérience des auteurs en matière d'hibernation leur permet de conclure que cette technique est le procédé idéal pour lutter contre la phase d'encéphalite végétative aiguë si critique au cours de nombreuses affections autochtones ou tropicales.

Délire aigu traité par hibernation,
par MM. C. BERTHIER et J. POUGETOUX (de Bassens),

Traitement et guérison d'un délire aigu par hibernation, selon la technique de Laborit et Huguenard, par perfusion des cocktails lyptiques (largatil, phénergan, dolosal, puis sulfate de magnésie, procaine) associées à la réfrigération, hydratation, thérapeutique anabolisante. Evolution en trois phases (hibernation, réchauffement, oscillations amorties), guérison sans séquelles.

Sur les indications des ganglioplégiques en psychiatrie,
par M. G. BOITTELE et M^{me} Cl. BOITTELE-LENTULO (de Lorquin).

De l'utilisation depuis plus d'une année des ganglioplégiques (soit seuls, soit associés à des barbituriques en vue de cures de sommeil), les auteurs concluent à la variabilité individuelle des modifications biologiques présentées et dont ils indiquent les principales. Les essais thérapeutiques se sont adressés tant à des malades aigus qu'à des chroniques. Les auteurs indiquent les résultats qu'ils ont obtenus dans des cas de syndrome maniaque, de syndrome mélancolique, d'anxiété, de confusion mentale, de schizophrénie, de délire chronique avec hallucinations, de démence sénile et de délire alcoolique subaigu, ainsi que les accidents rencontrés au cours du traitement par ce nouvel agent thérapeutique « très précieux » pour la thérapeutique psychiatrique.

Sur l'utilisation d'une substance neuroplégique dans un service de psychiatrie, par MM. S. FOLLIN et P. SOUBRIER (de Montauban).

Les auteurs soulignent l'intérêt du 4560 R.P. dans un très grand nombre d'états psychopathiques : delirium, manie, où ce produit semble agir sur le processus fondamental, états d'agitation au cours des psychoses diverses où il n'a qu'une action sédatrice transitoire mais dépassant parfois de plusieurs semaines la durée d'administration ; le 4560 est un appoint dans les cures de sommeil où joue également son rôle propre ; il n'empêche pas la nécessité, en dehors d'un conditionnement hypnogène, de l'utilisation de doses de barbituriques élevées comme en témoigne l'apparition possible de psychoses de sevrage. Les auteurs soulignent l'intérêt du 4560 dans les états d'agitation confuso-déméntielle séniles et plus encore sur les troubles caractériels et paroxystiques des épileptiques. Enfin, il semble qu'une préparation au 4560 favorise considérablement l'action des thérapeutiques de choc. La variété des doses nécessaires, le rôle propre du 4560 ne permettent pas de considérer ce produit comme un potentialisateur. Il semble, au contraire, qu'une action inhibitrice sur le cortex cérébral soit l'action la plus vraisemblable et la plus intéressante en psychiatrie.

Discussion

M. P. DENIKER (de Paris). — se déclare d'accord avec les avis exprimés que confirment les travaux poursuivis sous la direction du professeur Jean Delay. Il insiste sur les précautions nécessaires, surtout au début du traitement, étant donné la nécessité d'utiliser d'emblée des doses assez fortes.

M. J. HAMON (de Paris). — Comme suite aux communications précédentes, M. J. Hamon insiste sur la possibilité de l'utilisation quotidienne prolongée du 4560 R.P. *per os* chez les convalescents d'épisodes mentaux divers, sous surveillance médicale étroite. Référence d'ordre neurologique : un cas de syringomyélie avec algies intenses, soumis depuis plus de huit mois à une médication associée barbituriques + 100 milligrammes 4560 R.P. *per os* et par jour. Aucune manifestation d'intolérance. Atténuation des algies.

Ont également pris part à cette discussion : MM. A. CHARLIN (de Besançon), et P. PICARD (de Toulon).

**Ganglioplégiques et insuline dans la cure de Sakel,
par MM. M. BEAUDOUIN, H.-P. SMITH et M. PAUGAIN (de Nancy).**

Les auteurs ont éprouvé l'action potentialisatrice de ganglioplégiques isolés ou associés vis-à-vis de l'insuline. Il ressort de leur expérimentation à l'aide du 4560 R.P. qu'un gain moyen de 20 unités d'insuline est possible chez des malades dont la dose comatogène se situe entre 70 et 140 unités ; que l'intérêt de ce gain est minime (il ne remplace pas un nombre assez grand d'unités pour permettre d'éviter à tout coup incidents et accidents de l'insulinothérapie) mais que les ganglioplégiques associés (mélange « starter » de Laborit et Huguenard, phénergan-dolosal-largactil, soit 6 cc.) injectés en deux fois, par voie intra-musculaire, respectivement deux heures et deux heures quarante-cinq après l'insuline, amènent une sédation parfaite des incidents de la cure (brusques variations tensionnelles, tachycardie, agi-

tation, etc...) et réalisent la prophylaxie des accidents graves de l'insulinothérapie. Ils préparent dans ce cas les malades à une éventuelle hibernation.

La condition *sine qua non* de l'action des ganglioplégiques est que la dose comatogène optimum d'insuline sans l'appoint de ceux-ci ait été déterminée par avance et conservée en dépit de cet apport de drogues « potentialisatrices ». Les auteurs considèrent les accidents habituels de la cure (tachycardie, agitation, crises d'épilepsie) comme des accidents de sous-dosage en insuline ou, plus exactement, de blocage ganglionnaire insuffisant. Les ganglioplégiques permettent de compléter l'attaque ganglionnaire seulement ébauchée, évitent l'action « choquante » de l'insuline, obligeant trop souvent à interrompre les comas ou les empêchant de survenir, tout en conservant à l'insulinothérapie sa valeur de thérapeutique de choc (comas identiques, réchauffement vespéral marqué). Les auteurs signalent en outre l'intérêt de bromure de tétra-éthyl-ammonium pour faire « basculer » dans le coma un malade qui en semble proche mais tarde à y entrer.

Guérison d'un cas de grand œdème aigu du poumon au cours d'une cure de Sakel, par MM. P. COSSA, P. MARTIN et POSTEL (de Nice).

Relation d'un cas de grand œdème aigu du poumon, après une demi-heure d'expectoration saumonée abondante, par une perfusion de sérum glucosé procainé. Les auteurs insistent sur le fait que si cet accident de la cure est très rare, il était jusqu'ici tellement grave que, dans leur pratique personnelle, ils n'en avaient jamais vu guérir.

L'œdème cérébral et sa thérapeutique, par M. P. COSSA (de Nice).

Un certain nombre des maladies du cerveau voient intervenir l'œdème cérébral dans leur pathogénie : œdème des accidents vasculaires cérébraux ; délire aigu ; comas prolongés de la cure de Sakel ; troubles mentaux résiduels après insuffisances cardiaques. Dans tous ces cas, à l'exemple de ce que les neuro-chirurgiens ont constaté pour l'œdème cérébral post-opératoire, d'excellents résultats sont obtenus par l'usage d'une perfusion de sérum glucosé novocaïné additionné ou non de ganglioplégiques.

Notes préliminaires concernant l'association de l'hyaluronidase à l'insuline dans la cure de Sakel, par MM. J. BLANDIN, A. GUILLON et Y. RACINE (de La Rochelle).

En thérapeutique psychiatrique, le traitement par l'insuline, connu sous le nom de cure de Sakel, offre souvent l'inconvénient d'utiliser, pour obtenir le coma, de hautes doses d'insuline, qui sont fréquemment à l'origine d'accidents graves. Plusieurs auteurs ont proposé des modifications de la technique (utilisation de la voie intraveineuse, méthode dite « en zigzag », association de métaux colloïdaux à l'insuline, injection de la dose d'insuline en plusieurs fois, dans différentes parties du corps, etc...). L'addition à l'insuline d'une substance telle que l'hyaluronidase, facteur de diffusion, augmentant la surface et la vitesse d'absorption, permet d'obtenir des résultats bien supérieurs. L'hyaluronidase est un muco-enzyme d'origine, soit

bactérienne, soit tissulaire, qui provoque la dépolymérisation de l'acide hyaluronique tissulaire, augmentant ainsi considérablement la perméabilité du tissu conjonctif. Active à très faible dose, elle est soluble dans l'eau et les solutés physiologiques. Depuis plusieurs mois, les auteurs ont associé l'hyaluronidase à l'insuline dans la cure de Sakel, chez une dizaine de malades. Chez la plupart, ils ont obtenu les comas avec des doses d'insuline variant entre 40 et 60 unités. Chez un malade qui avait déjà subi deux cures de Sakel nécessitant, l'une 450 unités, l'autre 260 unités pour obtenir les comas, il a suffi régulièrement de 150 unités d'insuline et 500 unités de réduction viscosimétrique de l'hyaluronidase testiculaire. Chez une autre malade, des comas ont été obtenus avec 25 unités d'insuline associées à 20 unités de réduction viscosimétrique d'hyaluronidase bactérienne. Chez tous les malades, le resucrage s'est effectué avec des doses de sucre inférieures à celles utilisées avec l'insuline seule. Aucun incident. L'économie d'insuline réalisée est d'environ *cinquante pour cent*.

I. — Sur quelques cas traités par la méthode de Bini.

II. — Indications de la thérapeutique de Bini dans le cadre des thérapeutiques institutionnelles,
par MM. F. TOSQUELLES et F. FANON (de St-Alban).

Les auteurs essayent de préciser une conduite thérapeutique en face de tableaux de névrose grave et de développements délirants chroniques structurés avec forte charge pathoplastique. Il s'agit d'un type de psychothérapie rapide et interventionniste précédant la cure de Bini à proprement parler et suivie d'insulinothérapie dans l'unique but de diriger, au cours de cette dernière période de la cure, la reconstruction de la personnalité.

L'organisation de la vie sociale et de l'ergothérapie à l'hôpital doit permettre les investissements successifs des étapes évolutives du développement du sujet dans l'institution. Le réveil du coma insulinaire crée les conditions optima de l'engagement de cette thérapeutique institutionnelle.

Neuf cas ont été traités dans ces conditions avec succès. Rapport détaillé d'un cas. Discussion des indications.

L'action du CH-36 en thérapeutique psychiatrique,
par M. A. CHARLIN (de Besançon).

Cette thérapeutique décrite sous le nom de pyrochoc, sans être une panacée universelle, a une action non négligeable sur certains états dépressifs, certaines mélancolies, évitant l'utilisation de l'électro-choc. Elle est utile dans les états dépressifs de la ménopause et souvent agit très favorablement à la suite des électro-chocs et des malades insuffisamment améliorés. Mais elle n'a aucune action pratique chez les hypocondriaques, cénesthopathes obsédés et délirants. Il serait utile que ce moyen thérapeutique soit autorisé en France.

Réflexions sur la défense sociale,

par M. M. L. FOUKS, CORNEILLE, LARCEAU et REVEL (de Poitiers).

Le nombre de sujets relevant d'établissements de défense sociale, et internés dans les hôpitaux psychiatriques, où ils ne sont pas à leur place, ne cesse d'augmenter, créant des complications et contribuant à créer dans le public une opinion péjorative sur ces établissements. Rappelant un arrêt du tribunal correctionnel de Bruxelles, concluant à l'application de la loi pénale ordinaire à des prévenus, inadaptés sociaux, antérieurement internés plusieurs fois sans résultat dans des établissements de défense sociale, l'auteur, après MM. Raviart et Vullien, demande l'établissement d'un véritable code officiel de psychiatrie médico-légale, que tous les experts auraient le devoir de respecter, concernant les pervers délinquants récidivistes.

Discussion

M. M. BERGERON (de Villejuif). — insiste sur la gravité de ce problème d'assistance psychiatrique et rappelle les vœux émis à ce sujet par la Société médico-psychologique en 1948. Pour ces sujets nocifs, dangereux, qui, perturbant l'ambiance des services de psychiatrie, rendent illusoire toute action véritablement psychothérapique, la création s'impose d'établissements spéciaux (ni asiles, ni prisons) tendant chaque fois que c'est possible vers une réadaptation sociale. Une législation nouvelle devrait être instituée avec l'aide des divers spécialistes intéressés.

M. A. BROUSSEAU (de Paris). — se déclare surpris de la sévérité dans le ton et la forme dans laquelle M. Fouks condamne les sujets traités dans les services d'aliénés difficiles. Il maintient qu'il s'agit souvent de malades méconnus et résume l'observation d'un mythomane brillant instable, abusif, escroc trois fois condamné, et qui avait fait l'objet d'une interdiction : l'électro-encéphalogramme découvre des anomalies électro-encéphalographiques limitées à ce même hémisphère, où le pneumencéphale révèle une dilatation ventriculaire nettement pathologique.

M. A.-M. FIAMBERTI (de Varese). — Il ne faut pas négliger l'aspect thérapeutique de la délinquance. Dans certains cas, ainsi que M. A. Brousseau en France, j'ai obtenu de bons résultats avec la leucotomie transorbitaire qui présente un minimum de danger et ne trouble pas la personnalité du sujet.

Mme Agnès MASSON (de Cadillac). — Dans les conditions actuelles de notre organisation hospitalière et pénitentiaire, les services réservés à des aliénés médico-légaux étant une nécessité pratique, il conviendrait de les voir doués d'installations matérielles conçues à cet effet, permettant tous examens et traitements indiqués dans des conditions appropriées de sécurité compatibles avec une liberté limitée.

*
**

Marseille fit droit à la requête d'un homme qui demandait permission de se tuer pour s'exempter des tempêtes de sa femme, et Montaigne d'approuver sans réserves, car, dit-il, c'est un mal qui ne s'emporte jamais qu'en emportant la pièce, et qui n'a d'autre composition qui vaille que la fuite ou la souffrance, quoy que toutes deux très difficiles. »

Elections

La LII^e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Liège, du 26 au 31 juillet 1954.

Le bureau de cette LII^e session a été ainsi constitué :

Présidents : M. le professeur Jean DELAY (de Paris), et M. le professeur P. DIVRY (de Liège).

Vice-président : M. le professeur Th. ALAJOUANINE (de Paris).

Secrétaire général : M. le D^r Paul COSSA (de Nice).

Trésorier : M. le D^r P. CHARON (du Bouscat-Bordeaux).

Secrétaire annuel : M. le D^r (de Liège).

Conseil d'administration : MM. les D^{rs} X. ABÉLY (de Paris), H. BERSOT (du Landeron), P. CHARON (de Bordeaux), R. GARCIN (de Paris), A. RÉGIS (d'Aix-en-Provence), A. TOURNAY (de Paris).

Les sujets suivants ont été mis à l'ordre du jour de la LII^e session :

RAPPORT DE PSYCHIATRIE : Les névroses traumatiques. — *Rapporteurs* : M. le D^r E. EVRARD, médecin-chef de l'asile de Volière, Liège, et M. le D^r Henri HÉGAEN (de Paris), médecin des hôpitaux psychiatriques.

RAPPORT DE NEUROLOGIE : La myasthénie. — *Rapporteurs* : M. le D^r P. PASSOUANT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et M. le D^r J. RADERMECKER, médecin-chef du centre de neuro-psychiatrie militaire d'Anvers.

RAPPORT D'ASSISTANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE : Traitement de l'alcoolisme chronique. — *Rapporteurs* : M. le D^r BRUYNINCKH, de Tournai, médecin-inspecteur des asiles, et M. le D^r A. CHARLIN, médecin-chef du service de neuro-psychiatrie du centre hospitalier de Besançon.

Réflexions sur la défense sociale,
par M. M. L. FOUKS, CORNEILLE, LARCEAU et REVEL (de Poitiers).

Le nombre de sujets relevant d'établissements de défense sociale, et internés dans les hôpitaux psychiatriques, où ils ne sont pas à leur place, ne cesse d'augmenter, créant des complications et contribuant à créer dans le public une opinion péjorative sur ces établissements. Rappelant un arrêt du tribunal correctionnel de Bruxelles, concluant à l'application de la loi pénale ordinaire à des prévenus, inadaptés sociaux, antérieurement internés plusieurs fois sans résultat dans des établissements de défense sociale, l'auteur, après MM. Raviart et Vullien, demande l'établissement d'un véritable code officiel de psychiatrie médico-légale, que tous les experts auraient le devoir de respecter, concernant les pervers délinquants récidivistes.

Discussion

M. M. BERGERON (de Villejuif). — insiste sur la gravité de ce problème d'assistance psychiatrique et rappelle les vœux émis à ce sujet par la Société médico-psychologique en 1948. Pour ces sujets nocifs, dangereux, qui, perturbant l'ambiance des services de psychiatrie, rendent illusoire toute action véritablement psychothérapique, la création s'impose d'établissements spéciaux (ni asiles, ni prisons) tendant chaque fois que c'est possible vers une réadaptation sociale. Une législation nouvelle devrait être instituée avec l'aide des divers spécialistes intéressés.

M. A. BROUSSEAU (de Paris). — se déclare surpris de la sévérité dans le ton et la forme dans laquelle M. Fouks condamne les sujets traités dans les services d'aliénés difficiles. Il maintient qu'il s'agit souvent de malades méconnus et résume l'observation d'un mythomane brillant instable, abusif, escroc trois fois condamné, et qui avait fait l'objet d'une interdiction : l'électro-encéphalogramme découvre des anomalies électro-encéphalographiques limitées à ce même hémisphère, où le pneumencéphale révèle une dilatation ventriculaire nettement pathologique.

M. A.-M. FIAMBERTI (de Varese). — Il ne faut pas négliger l'aspect thérapeutique de la délinquance. Dans certains cas, ainsi que M. A. Brousseau en France, j'ai obtenu de bons résultats avec la leucotomie transorbitaire qui présente un minimum de danger et ne trouble pas la personnalité du sujet.

Mme Agnès MASSON (de Cadillac). — Dans les conditions actuelles de notre organisation hospitalière et pénitentiaire, les services réservés à des aliénés médico-légaux étant une nécessité pratique, il conviendrait de les voir dotés d'installations matérielles conçues à cet effet, permettant tous examens et traitements indiqués dans des conditions appropriées de sécurité compatibles avec une liberté limitée.

*
**

Marseille fit droit à la requête d'un homme qui demandait permission de se tuer pour s'exempter des tempêtes de sa femme, et Montaigne d'approuver sans réserves, car, dit-il, c'est un mal qui ne s'empporte jamais qu'en emportant la pièce, et qui n'a d'autre composition qui vaille que la fuite ou la souffrance, quoy que toutes deux très difficiles. »

Elections

La LII^e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Liège, du 26 au 31 juillet 1954.

Le bureau de cette LII^e session a été ainsi constitué :

Présidents : M. le professeur Jean DELAY (de Paris), et M. le professeur P. DIVRY (de Liège).

Vice-président : M. le professeur Th. ALAJOUANINE (de Paris).

Secrétaire général : M. le D^r Paul COSSA (de Nice).

Trésorier : M. le D^r P. CHARON (du Bouscat-Bordeaux).

Secrétaire annuel : M. le D^r (de Liège).

Conseil d'administration : MM. les D^{rs} X. ABÉLY (de Paris), H. BERSOT (du Landeron), P. CHARON (de Bordeaux), R. GARCIN (de Paris), A. RÉGIS (d'Aix-en-Provence), A. TOURNAY (de Paris).

Les sujets suivants ont été mis à l'ordre du jour de la LII^e session :

RAPPORT DE PSYCHIATRIE : Les névroses traumatiques. — *Rapporteurs* : M. le D^r E. EVRARD, médecin-chef de l'asile de Volière, Liège, et M. le D^r Henri HÉCAEN (de Paris), médecin des hôpitaux psychiatriques.

RAPPORT DE NEUROLOGIE : La myasthénie. — *Rapporteurs* : M. le D^r P. PASSOUANT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et M. le D^r J. RADERMECKER, médecin-chef du centre de neuro-psychiatrie militaire d'Anvers.

RAPPORT D'ASSISTANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE : Traitement de l'alcoolisme chronique. — *Rapporteurs* : M. le D^r BRUYNINCKH, de Tournai, médecin-inspecteur des asiles, et M. le D^r A. CHARLIN, médecin-chef du service de neuro-psychiatrie du centre hospitalier de Besançon.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Psychiatrie infantile, par Léon MICHAUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, médecin-chef de l'Infirmierie spéciale près la Préfecture de police, avec la collaboration de H.-M. GALLOT, Ch. BRISET, J. SCHERRER et A. BUGE. *Préface* du professeur G. HEUYER. *Nouvelle édition revue et augmentée*. (1 vol., in-8°, 240 pages, Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, 1953).

Cet excellent livre, dont la première édition parue en 1950, et présentée à nos lecteurs dans le numéro de décembre 1950 des *Annales médico-psychologiques* (pages 667-668), a été vite épuisée, vient d'être mis au point dans cette nouvelle édition revue et augmentée. Si l'on y trouve toujours, après l'intéressante préface du professeur G. Heuyer, les différents chapitres consacrés aux troubles du développement psycho-moteur, aux troubles congénitaux ou acquis de l'intelligence, aux troubles de l'affectivité et anomalies du caractère, à la médecine légale psychiatrique de l'enfance, à la thérapeutique préventive et curative ainsi qu'à ses perspectives d'avenir, certaines parties, telles celles consacrées à l'idiotie, aux tests d'intelligence, comportent de nouveaux développements.

Le succès de cet exposé, à la fois méthodique, clair et concis, est démontré par sa réédition. Les problèmes posés par la neuro-psychiatrie de l'enfance sont, plus que jamais, d'une importance sociale prépondérante. Ils légitiment l'importance croissante de cet enseignement dont le professeur G. Heuyer fut, à la Faculté de Paris, l'initiateur. En plus des conditions spéciales de son action, à la fois éducative et curative, s'exerçant sur des organismes en formation, la neuro-psychiatrie de l'enfance, dont le domaine continue sans cesse à s'étendre, est aussi la première des notions indispensables à une prophylaxie efficace des troubles mentaux de l'adulte.

Livre assurément indispensable à tout étudiant en médecine avant la fin de ses études. Mais livre aussi dans lequel le médecin-praticien trouvera des renseignements utiles et de précieux conseils. N'est-ce pas lui qui, le premier, aura à dépister — et le plus tôt possible — les anomalies psychiques de l'enfant, à conseiller les familles, souvent à intervenir auprès des éducateurs et parfois même auprès des magistrats ?

René CHARPENTIER.

La psychiatrie soviétique, par Joseph WORTIS, professeur assistant de psychiatrie à l'Ecole de médecine de l'Université de New-York. (1 vol., in-8°, 364 pages, traduit par Colette THOMAS, Presses universitaires de France, Paris, 1953).

Si l'auteur de ce livre, né aux Etats-Unis, n'est même jamais allé en Russie, son père cependant y était né et c'est pour écrire ce livre qu'il a lui-même fait l'effort d'apprendre le russe. Le légitime intérêt qu'il témoigne à la psychiatrie russe résulte de ce besoin d'information impartiale de tout esprit scientifique pour qui la science est universelle et ne saurait connaître de barrières géographiques ou autres. Si les activités psychiatriques soviétiques sont intéressantes et nombreuses, leurs exposés sont assez dispersés. Aussi consultera-t-on avec intérêt, dans la traduction française de Mad. Colette Thomas, la vue d'ensemble à laquelle M. Joseph Wortis a consacré ce livre, d'après les abondantes publications scientifiques russes et les informations complémentaires qu'il a pu se procurer. Bien que les acquisitions et la position de la psychiatrie soviétique aient été l'objet en France de nombreuses publications, en particulier au retour de voyages d'études en U.R.S.S., le livre du professeur Joseph Wortis apporte aux exposés antérieurs des compléments et une synthèse.

L'auteur rattache la psychiatrie soviétique, en plus de ses traits nationaux particuliers, à ces trois sources fondamentales d'orientation que sont : 1° la prise de position socialiste à l'intérieur d'un vaste cadre de service de la santé publique ; 2° la conformité aux principes généraux du matérialisme dialectique ; 3° l'enseignement de Pavlov. Rappelant les principes fondamentaux du matérialisme dialectique et l'assentiment quasi-unanime en U.R.S.S. des différentes sciences, y compris la psychiatrie, à ces principes de base, il résume l'évolution de la psychologie et de la psychiatrie en Russie depuis ses débuts, expose les principes essentiels et les réalisations de la psychologie soviétique. Il montre comment la psychiatrie clinique s'intègre dans les faits, considérés par elle comme bien établis, de la théorie de Pavlov, dont l'influence sur la médecine soviétique est aujourd'hui plus forte que jamais. Dans un chapitre consacré à l'organisation des soins psychiatriques en U.R.S.S., à ses moyens actuels et aux instituts psychiatriques, il insiste sur l'importance accordée aux soins neuro-psychiatriques hors des hôpitaux ainsi qu'à la psychiatrie préventive, à la formation des psychiatres et à l'éducation du personnel médical spécialisé. Il rappelle quelle fut en Russie l'évolution des idées sur la psychanalyse qui y est aujourd'hui abandonnée comme méthode thérapeutique. Il montre, par des citations d'auteurs et par des observations, le rôle des techniques psychothérapiques, utilisées surtout à l'intérieur de groupements et associées à la thérapeutique par le travail, la psychothérapie individuelle étant l'exception.

Les chapitres suivants sont consacrés : à la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, à l'éducation et à la formation de l'enfant, à la psychiatrie clinique, dont le centre d'études est la section clinique de l'Institut de Pavlov, à Moscou, et à l'exposé des idées de Giliarovskii sur les psychoses ; aux diverses méthodes de thérapeutique psychiatrique utilisées, et en particulier au traitement physiologique actif, aux traitements de choc, à l'inhibition protectrice de Pavlov et au traitement par narcose prolongée. L'importance du travail à des fins sociales utiles et de la réadaptation professionnelle, mis en lumière dans le chapitre suivant, est d'autant plus grande

qu'une constante pénurie de main-d'œuvre résulta en U.R.S.S. du très considérable accroissement de la production. M. Joseph Wortis, montrant comment la recherche médicale soviétique fait partie intégrante du vaste système de planification pour le bien-être de la population, en indique les tendances, les buts, l'intérêt particulier accordé aux corrélations somato-psychiques, aux psychoses réactionnelles, aux travaux de neuro-physiologie, à l'éducation populaire à laquelle on attache une importance considérable : on trouvera dans ce chapitre de nombreuses références bibliographiques. Les conceptions soviétiques de la loi et de la procédure légale sont exposées dans un dernier chapitre : lois sur les requêtes en dissolution de mariage, dispositions législatives visant les perversions sexuelles, procédures d'internement, expertises psychiatriques, problèmes posés par la délinquance juvénile.

Mettant en parallèle les besoins et les réalisations psychiatriques en U.R.S.S. et aux Etats-Unis, l'auteur conclut à la nécessité, déjà signalée par Adolphe Meyer, des échanges scientifiques entre les deux pays. Il serait superflu de souligner l'effort de compréhension de l'auteur de ce livre. Qui, d'autre part, pourrait refuser d'accepter ce principe essentiel de la psychiatrie soviétique : que la santé mentale et le bonheur du peuple ne peuvent pas être le résultat des seuls efforts psychiatriques, sans considération du milieu social ? Ce serait nier l'influence du milieu. Quel psychiatre pourrait en avoir la pensée ?

En appendice, des extraits des textes traduits du russe par l'auteur permettent au lecteur un contact plus direct avec ces textes.

René CHARPENTIER.

Structures morpho-physiologiques en psychiatrie, par L. CORMAN et Y. LONGUET, médecins des hôpitaux psychiatriques. (1 vol., de 302 pages, illustré de 130 portraits, « L'expansion scientifique française » édit., Paris, 1953).

Dans ce premier essai, limité aux états dépressifs dont on sait la fréquence, les auteurs abordent tout d'abord le problème par l'étude physiopathologique de la dépression considérée, non comme un état passif d'épuisement du système nerveux, mais comme une réaction active contre le danger d'épuisement. Ils insistent sur les différences qui caractérisent la psycho-névrose asthénique et la psychose mélancolique en dépit des cas de transition que l'on peut observer entre ces deux états.

La deuxième partie du livre est consacrée à l'exposé d'une méthode nouvelle destinée à identifier les structures morpho-physiologiques qui sont à la base de ces états, c'est-à-dire de la manière propre de réagir de chaque individu, de son tempérament. Dérivée de l'œuvre de Sigaud, cette « méthode morpho-physiologique » se fonde essentiellement sur la « loi de dilatation-rétraction » et repose surtout sur l'étude minutieuse de la structure du visage. 130 portraits illustrent cette analyse morpho-physiologique, qui « permet d'apprécier très exactement ce qu'est le capital originel des forces et la manière dont l'organisme, soumis aux excitations d'un milieu déterminé, règle sa dépense ». L'étude de 181 cas de mélancolie (et du diagnostic différentiel avec la psychose systématisée), de 307 cas d'asthénie (et du diagnostic différentiel avec la démence précoce), suivies de l'analyse de deux cas, montrent les résultats auxquels on peut aboutir. Cette méthode,

il faut le souligner, n'est pas une méthode statique mais, introduisant « au cœur même du dynamisme physio-pathologique », elle « permet d'interpréter aussi les cas morbides atypiques, où s'allient des symptômes d'affections différentes ».

Les conséquences de cette conception pour l'hygiène et pour une « thérapeutique rationnelle » des états de dépression, considérés comme la manifestation d'une réaction de défense de l'organisme, sont exposées dans une troisième partie : action sur la cause pathogène d'importance variable, traitement de l'état dépressif dans son ensemble, hygiène préventive par action et sur le milieu et sur le sujet, application de ces règles générales à la mélancolie, à l'asthénie et au cas particulier de l'asthénie chronique.

René CHARPENTIER.

Manuel de psychiatrie (Manual de psiquiatria paginas de orientacion biologico-psiquiatria para estudiantes, practicos y especialistas), par J. SOLE-SAGARRA (de Barcelone) et Karl LEONHARD (de Francfort). *Préface* du professeur K. KLEIST (1 vol. 695 pages, ediciones Morata, Madrid 1953).

Ce manuel est divisé en deux parties. La première contient des développements d'ordre général concernant l'histoire de la psychiatrie, son orientation biologique, ses modes de recherche, ses possibilités thérapeutiques et prophylactiques, ainsi que des renseignements concernant la législation espagnole et la technique d'examen des malades. Dans la seconde partie, sont exposés les différents syndromes et maladies, leur symptomatologie, leur diagnostic et leur traitement. Un résumé de la législation allemande sur l'internement des malades mentaux et des dispositions du droit pénal et du droit civil allemands les concernant termine cette seconde partie.

Ce manuel germano-espagnol de MM. Karl Leonhard et J. Sole-Sagarra est présenté par le professeur K. Kleist. C'est dire la place qu'y tient la psychiatrie de langue allemande. Les travaux de langue française n'y tiennent qu'une place fort réduite. A ce point que, consacrant un paragraphe à l'énumération des principales revues consacrées dans les divers pays à la psychiatrie, les auteurs n'ont pas jugé à propos d'y mentionner la première en date en tous pays des revues de psychiatrie, les « *Annales médico-psychologiques* », fondées en 1843 à Paris par Baillarger, régulièrement parues depuis cette date, et dont l'importante collection est le témoin de 111 années d'histoire de la psychiatrie.

René CHARPENTIER.

Clinique et pathologie de la neurosyphilis, par J. ALVES GARCIA, professeur de psychiatrie, Chef de division des recherches de l'Institut de psychiatrie, médecin de l'hôpital de neurosyphilis (de Rio de Janeiro). (1 vol., in-8°, 160 pages, 36 fig., Masson et C^{ie} édit., Paris 1953).

Le nouveau livre du professeur J. Alves Garcia est le résultat de recherches personnelles et d'une longue expérience clinique dans un hôpital spécialisé consacré aux malades atteints de syphilis du système nerveux. La thérapeutique moderne de la syphilis et les mesures de prophylaxie ont profondément modifié l'évolution de la maladie et les conséquences de ses manifestations.

Après un court rappel historique, l'auteur, adoptant une classification mixte, clinique et pathologique, étudie successivement les formes de syphilis du système nerveux surtout mésoenchymateuses ou mésodermiques (méningite syphilitique, syphilis spinale, syphilis cérébrale) et les formes qui sont surtout parenchymateuses ou ectodermiques (tabès, paralysie générale, atrophie primitive des nerfs optiques, névrites ou polynévrites syphilitiques, neurosyphilis congénitale). De ces diverses localisations, il décrit la symptomatologie, le diagnostic, l'évolution, le pronostic, la pathogénie, l'anatomie pathologique, le traitement et la prophylaxie.

36 figures illustrent ce texte, présenté avec une grande clarté et que complètent l'exposé de nouvelles recherches sur la malarithérapie, ses diverses applications, ses résultats, les accidents auxquels peut exposer cette thérapeutique, les moyens de les prévoir et d'y remédier. Les préférences de l'auteur vont actuellement à « la malaria quarte (*Plasmodium malariae*), dont la maîtrise est plus sûre et donne, par voie de conséquence, un indice de mortalité, directe ou indirecte, moindre que celui enregistré avec le *Plasmodium falciparum* »: Des nouvelles recherches systématiques qu'il a entreprises depuis plusieurs années sur l'histopathologie de la neurosyphilis parenchymateuse, le professeur Alves Garcia conclut que la malaria maligne stimule énergiquement les éléments du système réticulo-endothélial et que le paludisme artificiel doit être conduit avec une extrême prudence et avec la plus grande vigilance dans la cure malarithérapique pour ne pas dépasser les limites des lésions vasculaires réversibles. Cliniquement, l'état général du sujet et le contrôle du nombre des érythrocytes parasites renseignent sur l'évolution du paludisme. Lorsque le malade présente les signes propres d'encéphalite malarienne, des lésions cérébrales irréversibles et mortelles correspondent à la nécrose et à la dégénération cellulaire.

Cet utile volume se termine par l'indication des règles générales de thérapeutique de la neurosyphilis, et par l'exposé des méthodes particulières applicables à la syphilis inapparente, à la neurosyphilis vasculaire, à la méningite syphilitique, à la syphilis méningo-vasculaire, à la syphilis gommeuse, à la démence paralytique et au tabès.

René CHARPENTIER.

Le « Grassi Bloc Substitution Test » pour mesurer la pathologie cérébrale organique (The Grassi Block Substitution Test for measuring organic brain pathology), par Joseph R. GRASSI (de Winston. Salem, N. Carolina) (1 volume, VII, 76 pages, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U.S.A. 1953).

Montrant la valeur des tests psychologiques pour déceler une atteinte cérébrale organique même débutante, rappelant l'intérêt des tests de Goldstein, mais aussi leur insuffisance, l'auteur indique que l'épreuve imaginée par lui cherche à révéler une perturbation des sphères psychiques abstraites et concrètes en permettant de classer quatre niveaux de performance : concrets simple et complexe, abstraits simple et complexe. Le matériel comprend huit cubes du type de ceux de Kohs, aux faces colorées respectivement en : jaune, rouge, bleu, blanc, rouge et blanc, bleu et jaune. Sur les faces à deux couleurs, la séparation est en diagonale. Le sujet doit placer quatre cubes suivant cinq modèles, chacun d'eux donnant lieu à quatre stades allant du concret simple à l'abstrait complexe par substitution

de couleurs. L'auteur donne les indications nécessaires pour l'administration du test, la notation des résultats, leur interprétation. Pour celle-ci, il faut tenir compte de trois facteurs : comportement, score, niveau intellectuel. Il faut se garder de ne considérer que le score seul. Cependant, si le niveau intellectuel est suffisant, on peut considérer de basses valeurs comme indiquant une lésion cérébrale. Quinze exemples sont rapportés et analysés. Enfin, sont indiqués les résultats de la standardisation faite sur 86 sujets normaux, 86 schizophrènes, 72 organiques, 30 lobotomisés. Une atteinte intracranienne diminue les fonctions abstraites et même les concrètes si les signes sont accentués. Dans la schizophrénie, les modifications sont beaucoup moins marquées. Planche hors texte en couleurs montrant les modèles à reproduire, puis à modifier par substitution de couleurs. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Problèmes dans le domaine des névroses et de la psychothérapie, (Problems in the field of neurosis and psychotherapy), par H. C. RUMKE (1 volume, 74 pages, Ejnar Munksgaard, Copenhague 1953).

Les névroses posent toujours d'importants et difficiles problèmes. Dès l'abord, l'auteur montre la valeur essentielle de la clinique en psychiatrie et, en particulier, dans l'étude des névroses. L'expérience clinique est la pierre de touche de toutes les nouvelles découvertes thérapeutiques ou des conceptions proposées. Le danger des systèmes est bien montré, ainsi que la nécessité de remplacer l'idée de causalité par celle de conditionnalité. Il ne faut pas demander : « quelle est la cause de ce trouble psychique ? » mais « quelles sont les conditions qui l'ont rendu possible ? ». Si les principes de Jackson se montrent riches d'application dans le domaine des névroses et mériteraient une étude plus approfondie, il faut, par contre, connaître les limites de la psychogénèse. C'est assez rarement que les conditions psychogéniques suffisent au déclenchement des troubles mentaux. De même, les interprétations dynamiques en psychiatrie, bien qu'utiles, sont néanmoins insuffisantes et doivent se compléter par les interprétations statiques. La psychologie profonde, en constante évolution, offre des conceptions variées et parfois opposées qui traduisent encore son caractère d'incertitude.

Abordant les névroses proprement dites, l'auteur montre la difficulté de séparer névroses et psychopathies. Il distingue parmi les premières : les troubles fonctionnels, les troubles somatiques, les névroses au sens strict. Il est indispensable de réviser beaucoup d'opinions sur les névroses. Celles-ci ne constituent pas une entité clinique, mais seulement un syndrome à étiologie multiple. On a souvent sous-estimé le rôle des facteurs neuro-physiologiques et surestimé celui des facteurs psychogènes. Il faut reprendre l'étude des phénomènes de résistance, de répression, de régression. La moindre importance attribuée à la psychogénèse ne doit pas conduire, évidemment, au nihilisme thérapeutique. Une intéressante question est celle des troubles psychiques chez une personne bien portante : « De combien l'homme peut-il dévier de la normalité sans être névrotique ou psychopathe ? ». L'auteur examine ensuite les facteurs qui déterminent le développement optimum de la personnalité. Il insiste sur la valeur de la notion de « cours de la vie », plus ou moins rapide, avec sa phase ascendante, son sommet, sa phase descendante. Parfois s'observe un manque d'harmonie entre développement bio-

logique et développement psychique. Le rôle de l'hérédité est précisé, ainsi que celui de l'intégration, du retard de développement, ce qui évoque les phases décrites par Freud. Il demeure essentiel de distinguer névroses du stade ascendant et névroses du stade descendant. Les divers âges de la vie humaine posent des problèmes psychothérapiques différents et l'auteur, envisageant surtout le sexe masculin, décrit les périodes suivantes : enfance jusqu'à 15 ans, adolescence de 15 à 25 ans, jeunesse de 25 à 40 ans, comprenant une période critique entre 35 et 40 ans, virilité de 40 à 55 ans, avec une nouvelle phase critique, présénilité de 55 à 65 ans, enfin sénilité après 65 ans.

La psychothérapie a son action limitée par certaines caractéristiques de la personnalité, qui demeurent invariables et réfractaires. Les tendances profondes ne sont pas modifiées par le traitement. Seules, leurs manifestations peuvent être changées. Il est très important de recourir à la typologie, de considérer les problèmes des relations interhumaines en psychothérapie, de donner plus d'attention à la personnalité du psychothérapeute. Celui-ci doit obtenir le maximum d'approche tout en gardant une distance suffisante. Sa profession l'exposant à certains dangers, l'oblige à suivre une rigoureuse hygiène psychique personnelle. Un dernier problème est celui de la sincérité du thérapeute vis-à-vis de son malade.

Tout le livre est marqué d'un esprit essentiellement pratique, positif, donnant la meilleure place à la clinique.

V.-J. DURAND.

Psycho-pathologie de l'avarice, par le Dr Guy DELPIERRE. (1 plaquette, 76 pages, 8 figures hors texte, Librairie René Giard, Lille).

La psychologie morbide de l'avarice et son hérédité ont déjà été l'objet des belles études de J. Rogues de Fursac parues en 1907 dans la *Revue philosophique* et, en 1909, dans le *Journal de psychologie normale et pathologique*. Dans cette plaquette, M. Guy Delpierre analyse, dans l'œuvre de Balzac, les caractères du père Grandet et de l'usurier Gobseck et relate l'histoire d'un gentilhomme fermier du pays d'Artois, mort au siècle dernier, dont l'avarice paraît bien en rapport avant tout avec une débilité mentale manifeste dès l'enfance. De cet essai, l'auteur conclut que l'avare est un asthénique, « schizoïde à autisme pauvre, n'ayant pas la faculté de vibrer à l'unisson avec l'ambiance, et se sentant à l'aise dans l'automatisme, l'immobilité, la rigidité ».

René CHARPENTIER.

Sur la phénoménologie du transvestisme chez l'homme (Zür Phänomenologie des Transvestitismus bei Männern), par H. BÜRGER-PRINZ, H. ALBRECHT et H. GIESE (Beiträge zur Sexuälforschung, n° 3, 1 volume, 44 pages, Ferdinand Enke, Stuttgart, 1953).

Après avoir rappelé quelques travaux classiques sur le transvestisme, caractérisé par le port de vêtements de sexe opposé, les auteurs se limitent à l'étude du phénomène seulement chez l'homme. Ils décrivent neuf observations qui occupent la plus grande partie de l'ouvrage. L'une d'elles, la dernière, est rapportée de façon particulièrement détaillée. Démontant les mécanismes psychologiques du trouble, analysant ses modalités d'apparition, ils

le distinguent nettement de l'homosexualité. Dans les cas présentés, apparaît très important le rôle que les sujets se font sur eux-mêmes, ce qui diminue leur esprit critique. Il y a une distance notable entre les buts fixés par l'individu lui-même et les résultats effectivement obtenus. A côté du point de vue psychanalytique, intéressant, mais insuffisant, il est nécessaire de prendre en considération le point de vue phénoménologique et de développer l'étude historique de chaque cas. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

PSYCHANALYSE

La guérison psychologique, par C. G. JUNG, *Préface* et adaptation du Dr Roland CAHEN (1 vol. in 8°, 372 pages, 4 hors texte, Librairie de l'université, Georg et Cie édit., Genève 1953).

Le Dr Roland Cahen, sous la direction de qui a lieu la publication en langue française des œuvres du professeur C.-G. Jung, a eu l'heureuse idée de condenser dans ce livre, sous une forme entièrement originale, avec l'accord du professeur Jung, et en glanant dans ses travaux épars, l'essentiel de sa méthode psychothérapique. Ainsi que l'a écrit le professeur Jung, « l'étendue des problèmes que devrait connaître un médecin qui désire faire de la psychothérapie est immense. Il faut que le médecin possède une véritable science de l'âme, bien plus qu'une théorie à son sujet ». L'auteur de ce livre, longuement médité, se propose de montrer « ce que la psychothérapie, ce que la clinique psychiatrique et même tout ce qu'une clinique médicale véritablement humaine pouvaient gagner à la découverte psychologique de l'âme ».

Sous un titre inspiré de celui choisi par Pierre Janet pour « Les médications psychologiques », M. Roland Cahen, définit la guérison psychologique comme, extérieurement, une normalisation du comportement et, intérieurement, un élargissement conscientiel de la personnalité, une reconstruction structurale et un recentrage de celle-ci », aboutissant à une synthèse nouvelle. Conservant leur forme originale aux travaux du professeur Jung choisis et réunis par lui, il les a, dans ce premier volume qui sera suivi d'un tome II, classés et présentés sous trois titres généraux : la méthode, son évolution, ses élargissements.

Dans la première partie, après avoir exposé la gravité de la maladie appelée « névrose », et le but de la psychothérapie, le professeur Jung relève les particularités de l'examen du malade avec ses trois échelons principaux : l'anamnèse et ses causes propres d'erreur ; le diagnostic général de psychonévrose, pour lequel « il y a avantage à faire abstraction le plus possible d'un diagnostic spécifique » ; la thérapeutique enfin, pour laquelle « tout psychothérapeute a sa méthode personnelle, mais en fait, *sa méthode c'est lui* ». Les différences qui existent entre la médecine générale et la psychothérapie étant ainsi indiquées, sont exposés dans le chapitre suivant les quatre plans d'action psychothérapeutique : celui de la confiance et de la confession, celui du transfert et de son analyse, celui de l'éducation et de l'auto-éducation, celui enfin, auquel aboutissent les trois premiers, de la métamorphose psychologique de la personnalité décrite par Jung sous le nom de « processus d'individuation ». Des pages consacrées à l'essence des rêves sont suivies de l'exposé des fondements généraux, des moyens et des

buts d'une psychothérapie pratique, du rôle des séries oniriques et du thématisme psychologique, de l'importance de la différenciation morale de la personnalité médicale, des variations imposées par la diversité des malades, des difficultés rencontrées, de la valeur du dessin et de la peinture comme facteur de l'auto-évolution de l'être. Jung recommande au psychothérapeute de ne pas s'assigner de but trop défini, de prendre pour guide la nature et de tenir compte de l'instinct de conservation du malade. Il insiste sur la nécessité, pour le psychothérapeute, de connaissances aussi étendues que possible en psychologie des primitifs, en mythologie, en archéologie et en histoire comparée des religions, de la connaissance aussi des tendances irrationnelles et symboliques de caractère archaïque et provenant de l'inconscient collectif.

La deuxième partie du volume a pour but de retracer l'évolution des idées du Maître. Elle débute par l'intéressante correspondance échangée entre le professeur Jung et le Dr Loy, dans laquelle on trouvera en particulier, à la date du 11 février 1913, cette définition : « La psychanalyse est une méthode qui sert à réduire analytiquement les contenus psychiques à leur expression la plus simple et à découvrir la ligne de moindre résistance qui mène vers le développement harmonieux de la personnalité. » Ce n'est ni « une anamnèse », ni « une méthode d'examen », ni « une méthode cathartique ». Le principe essentiel de la technique psychanalytique est d'analyser les contenus psychiques qui vont se présenter spontanément dans chaque cas d'espèce. Jung situe sa position entre « la conception purement causaliste de Freud » et « la conception purement finaliste d'Adler ». Développant sa conception de ce problème central de l'analyse qu'est le transfert, par lequel la personnalité du médecin va constituer une valeur émotionnelle, il montre comment au service de la « pénétration intuitive » ce transfert va servir de pont entre le médecin et le malade, aider ce dernier à prendre conscience des insuffisances de son attitude. Les chapitres suivants sont consacrés à une mise au point de la situation de la psychothérapie de dix en dix ans approximativement. En 1929, où l'opposition entre Freud et Jung, leurs divergences multiples sont exposées par Jung lui-même. En 1934, où Freud traite de la névrose, de ses aspects positifs, de son « motif vrai », qui doit être cherché « dans l'actuel », et de l'auto-régulation psychique. « Ce que le malade doit apprendre, écrit Jung, ce n'est pas comment on se débarrasse d'une névrose, mais comment on l'assume et la supporte. » Critiquant, « la technique corrosive de la psychanalyse qui déprécie et lacère la fibre humaine », il dit encore : « La technique est toujours un schéma sans âme. Quiconque tient la psychothérapie pour une technique, dont on vante les bienfaits, court au moins le danger de commettre des fautes de l'art impardonnables. »

Suit une conférence faite en 1942, qui traite des relations existant entre la psychothérapie et la situation d'alors de l'esprit européen, conférence intitulée : « Des images parentales au totalitarisme étatique », et qui indique comme but accessible celui « de viser à développer et à mûrir la personnalité individuelle ». Dans une autre conférence, de 1951, Jung insiste sur « le relativisme essentiel de la psychothérapie ». Il arrive à cette conclusion que « ce qu'il y a de plus individuel dans l'être humain, c'est certainement son conscient », l'inconscient pouvant « passer pour être un phénomène collectif qui demeure partout identique à lui-même », et contribuant de ce fait « à faire régner une unité singulière sur laquelle d'ailleurs plane une grande obscurité ».

Sous le titre « Elargissements », la troisième partie débute par un chapitre consacré aux rapports entre la conscience et l'inconscient d'une part et le processus d'individuation d'autre part, l'expression « individuation » étant appliquée au « processus qui crée un individu psychologique, c'est-à-dire une unité autonome et indivisible, une totalité ». La connaissance des symboles est indispensable : c'est par eux que l'on peut suivre l'unification des contenus conscients et inconscients. Le but d'une psychothérapie qui prétende à autre chose qu'à une simple cure des symptômes est de sensibiliser et d'éduquer la personnalité, de l'orienter vers son épanouissement et sa totalité. D'où les rapports de la psychiatrie et de la direction de conscience. La découverte de l'âme en tant que facteur étiologique, en tant qu'élément susceptible de déclencher, dans l'humain, des maladies, le fait qu'en dernière analyse la psychonévrose « est une souffrance de l'âme qui n'a pas trouvé son sens », impliquent la nécessité de la signification spirituelle. Et, ajoute le professeur Jung : « On ne saurait reprocher aux théories freudiennes et adlériennes d'être des psychologies de l'instinct, mais uniquement d'être unilatérales. Elles constituent des psychologies sans âme, bonnes pour quiconque pense n'avoir ni besoins, ni exigences spirituelles. » L'expérience conduit à la constatation de la nécessité pour la guérison d'une collaboration entre le directeur de conscience et le « médecin de l'âme » apportant au malade « ce dont il a besoin pour vivre, à savoir la croyance, l'espérance, l'amour et la connaissance ». Mais, s'exagérant, semble-t-il, « les difficultés tout à fait considérables, et de l'ordre des principes, qui s'opposent à une coopération », Jung conclut que les médecins de l'âme d'aujourd'hui doivent s'occuper de problèmes qui, en propre, concernent la Faculté de théologie. Il croit, en effet, pouvoir constater que, « parallèlement à la décadence de la vie religieuse, le nombre des névroses va croissant ».

L'expérience montre pourtant qu'une telle collaboration du directeur de conscience avec le psychothérapeute est souvent possible et féconde. Elle dépend de la personnalité de l'un et de l'autre. Ce qui, d'ailleurs, est en accord avec cette maxime si vraie de l'auteur que « l'attitude du psychothérapeute a infiniment plus d'importance que ses théories et ses méthodes psychologiques ». C'est la personnalité du psychothérapeute qui est le centre du traitement psychothérapique, ce n'est pas la méthode choisie par lui. Et ce choix lui-même n'est-il pas sous la dépendance de sa personnalité.

Comme l'écrivait en 1943 le professeur Jung en envisageant les rapports de la psychothérapie et de la conception du monde, les psychothérapeutes sont, ou devraient être, des médecins philosophes. La dominante suprême de la psyché est toujours de nature philosophico-religieuse : c'est là une donnée foncièrement primitive que l'on voit apparaître au premier plan dans les phases critiques de la vie, c'est la réaction la plus naturelle dans les situations richement affectives. Alors pourront avoir à se manifester les possibilités psychiques individuelles de souplesse et d'élasticité du psychothérapeute en présence de pensées philosophico-religieuses, rencontrées dans une forme archétypique et correspondant à l'état émotionnel du sujet. Ce n'est pas la névrose qui est importante, mais l'homme qui a la névrose, et c'est de l'homme tout entier qu'il s'agit. « Le médecin de l'âme sera tôt ou tard obligé de connaître tout ce qui a une signification vitale pour la vie de l'âme. » Le but primordial de la psychothérapie, redit Jung, ne saurait consister à hisser le malade dans un état impossible d'immatériel bonheur, mais consiste à l'aider à trouver en lui et à rendre possible une solidité et

une patience toute philosophique en face de la douleur qu'il lui faudra supporter. « L'objet d'une psychologie médicale, à savoir l'âme malade, est une extériorisation vitale qu'il est impossible de séparer artificiellement de son arrière-plan universel, l'âme humaine. » D'où la nécessité, pour le psychothérapeute, qui commence à se soucier de la conception du monde et qui doit veiller à l'adaptation du malade, aux changements qui se produisent dans les données intérieures et extérieures, de ne pas négliger les « représentations collectives » qui mènent le monde, qu'elles soient de nature politique, économique, philosophique ou religieuse. L'adaptation est l'un des critères de la guérison.

Un index alphabétique termine ce premier volume. Bien que trop longue, une analyse ne saurait donner qu'une vue aussi incomplète qu'imparfaite de la richesse des pensées et des développements contenus dans ce volume. Elle n'a pour ambition que d'engager à le lire tous ceux qui, pour quelque raison que ce soit, s'intéressent à des problèmes qui dépassent, tout en la guidant, la simple mais nécessaire action thérapeutique du médecin.

René CHARPENTIER.

Sentiments de honte et de faute. Etude psychanalytique et culturelle (Shame and guilt. A psychoanalytic and a cultural study), par Gerhardt PIERS et Milton B. SINGER (de Chicago). (1 volume, X, 36 pages, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, E.U. 1953).

Préfacé par Roy R. Grinker, le livre se compose de deux parties. La première, due à Gerhardt Piers, est une étude psychanalytique des sentiments de faute et de honte. Les premiers sont engendrés par le sur-moi. C'est une tension interne pénible qui se produit quand la barrière élevée par le sur-moi est franchie indûment. Ces sentiments sont en étroit rapport avec l'angoisse de castration. La honte, moins étudiée, et sur laquelle des opinions contradictoires ont été émises, vient d'une tension entre le moi et le moi idéal, se produit quand un but n'est pas atteint, accompagne l'échec et implique une impression d'abandon. Il est nécessaire, pour l'auteur, de distinguer sur-moi et moi idéal. Ce dernier contient un noyau d'omnipotence narcissique, représente la somme des identifications positives avec les images parentales, se trouve en rapports avec l'instinct de motivation. Des liaisons peuvent s'établir entre sentiments de faute et de honte réalisant de véritables cercles vicieux. On les retrouve en pathologie et en phénoménologie dans le masochisme, l'exhibitionnisme, la frigidité, l'envie, la jalousie. Dans la formation du caractère, les sentiments de faute et de honte jouent un rôle variable suivant les individus et apparaissent plus ou moins précocement. D'importantes considérations thérapeutiques sont faites à leur sujet. Enfin, l'auteur évoque les problèmes culturels : la conformité sociale due aux sentiments de faute répondant à la soumission et celle due aux sentiments de honte correspondant à l'identification.

La seconde partie, due à Milton B. Singer, est consacrée à la distinction des cultures de la honte et de la faute. Les premières, considérées comme plus nombreuses, les secondes s'observant surtout dans les civilisations occidentales. Etudiant l'opposition des sanctions internes et externes, puis quelques résultats obtenus par la psychométrie de quelques tribus indiennes de l'Amérique du Nord, l'auteur distingue les interpré-

tations psychanalytiques et culturelles des cultures de la faute. En réalité, les sentiments de faute et de honte se retrouvent dans la plupart des cultures ; la distribution quantitative de ces sanctions a peu de rapports avec le caractère progressif ou rétrograde de la culture. Certaines oppositions, admises par divers auteurs, ne sont pas justifiées.

Chaque partie de l'ouvrage se termine par une bibliographie.

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique par le sommeil. Physiopathologie. Technique. Indications, par J.-M. ANGEL, avec la collaboration de Francis PEILLET. *Préface* du professeur P. WERTHEIMER (1 vol., 152 pages, Masson et C^{ie} édit. Paris 1953).

Fondée sur la physiologie réflexologique, la thérapeutique par le sommeil repose sur la notion que le sommeil réalise une inhibition généralisée mettant au repos l'activité corticale. Elle est d'ailleurs de date ancienne mais a pris une extension considérable en Russie depuis les travaux de Pavlov sur les rapports du sommeil et de l'inhibition interne des réflexes conditionnés. D'où découle la conception de l'utilisation du sommeil comme agent thérapeutique. Après un bref historique, l'exposé des idées générales de la physiologie de Pavlov et l'analyse des critiques qui en ont été présentées, l'auteur s'attache à situer les apports respectifs de la médecine cortico-viscérale et de la médecine psychosomatique à l'édification d'une sociopsychothérapie dont le premier temps pourrait être le sommeil thérapeutique. Comparé, qui voyait aussi dans l'inhibition un phénomène essentiel, a montré que le sommeil doit être considéré comme une fonction active ayant pour but d'assurer la protection contre l'épuisement. Entre le sommeil naturel et le sommeil provoqué, la seule différence est l'adjonction possible du rôle propre du mode thérapeutique utilisé. Mais aussi, comme le fait justement observer M. Angel, l'importance de la présence et de l'action psychothérapique du médecin qui peut profiter de circonstances rendues ainsi plus favorables.

L'auteur expose ensuite la technique, les conditions préalables, les contre-indications absolues et relatives, les accidents, les résultats de l'expérience russe et de son expérience personnelle de la thérapeutique par le sommeil. Il indique les formules médicamenteuses les plus fréquemment employées, associées ou non à des potentialisateurs, ganglioplégiques dont l'emploi permet de réduire les doses des hypnotiques. Il insiste sur l'importance d'un isolement absolu et d'une surveillance particulièrement efficace. Il envisage successivement l'action thérapeutique du sommeil provoqué dans les affections médicales (hypertension artérielle, ulcère de l'estomac, dermatoses, asthme, etc.), dans les affections chirurgicales graves, en neuro-chirurgie (en particulier sommeil pré et post-opératoire), et enfin en neurologie et en psychiatrie (traitement des syndromes douloureux, des névroses, de la schizophrénie, des états d'anxiété), donnant des observations et des statistiques. Le dernier chapitre du livre est consacré par l'auteur à la réalisation par la cure de sommeil d'une « situation psychothérapique » dont il analyse les

éléments de succès, établissant certains rapprochements entre la cure de sommeil et la cure par narco-analyse.

Une importante bibliographie termine cette étude d'une thérapeutique actuellement de plus en plus utilisée et qui fut l'objet de nombreuses publications et discussions à la récente session tenue à Pau du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (1).

René CHARPENTIER.

Les médications nouvelles de 1949 à 1952 et modifications importantes de posologie introduites dans le nouveau codex, par le Dr E. AGASSE-LAFONT. (1 vol., 94 pages, Vigot frères édit., Paris, 1953).

Complément de tout formulaire, ce petit livre indique aux praticiens les modifications figurant au nouveau Codex, modifications qu'il est indispensable de connaître, particulièrement celles qui ont trait à la posologie maxima, dont le dépassement engage la responsabilité du médecin. L'hormonothérapie, d'autre part, et ses nombreuses applications, ainsi que les nouvelles médications par antibiotiques, nécessitent actuellement de fréquentes mises au point.

Un memento, par ordre alphabétique, des notions indispensables concernant les méthodes nouvelles de traitement des différentes maladies ou symptômes complète cette utile publication, dont une table générale des matières rend la consultation facile et rapide.

R. C.

MÉDECINE LÉGALE

Petit traité de médecine légale. Neuro-psychiatrie, par R. BENON. (1 vol., in-8°, 136 pages, Vigot frères édit., Paris, 1953).

L'auteur, ancien médecin du service de psychiatrie de l'hôpital de Nantes et expert près les tribunaux, résume dans cette brochure les résultats de son expérience personnelle. Après un examen de la démence selon l'article 64 du Code pénal, il étudie l'aliénation mentale, primitivement notion, médicale et familiale, considérée comme donnée sociale, insistant sur le rôle des troubles de l'émotivité et des réactions secondaires qu'ils peuvent déterminer. Les indications relatives à la rédaction des rapports médico-légaux amènent à une étude psycho-clinique de la notion de responsabilité atténuée dont les fâcheuses et paradoxales conséquences d'ordre pratique ont été si souvent démontrées. Déclarant que la perversité-récidivisme relève de la prison et non des établissements psychiatriques, M. R. Benon discute les dispositions du projet de réforme du code pénal, le rôle respectif de la prison et de l'hôpital psychiatrique et conclut à la nécessité de réformes couplées du régime pénitentiaire et du régime des aliénés. Des chapitres consacrés à la simulation et à des généralités médico-légales (crimes et délits, capacité civile, délinquance juvénile, prophylaxie criminelle) terminent cet exposé.

René CHARPENTIER.

(1) Voir ci-avant, page 400 et suivantes.

CRIMINOLOGIE

Actes du II^e Congrès international de criminologie (Paris, Sorbonne, septembre 1950), (IV^e volume, in-8°, 712 pages, Presses universitaires de France, Paris, 1953).

Ce quatrième volume des actes du II^e congrès international de criminologie (1) comprend les rapports et les discussions des quatre sections consacrées à la sociologie, à la statistique, aux sciences morales, à l'étude criminologique des institutions juridiques.

Sous la présidence de M. Jean-Raphaël MENDOZA (du Vénézuéla), l'assemblée plénière de la « section de sociologie » entendit l'exposé des rapports nationaux des Etats-Unis par M. Marshall B. CLINARD (du Wisconsin), de France par le professeur Henri LÉVY-BRUHL (de Paris), de Turquie, par le D^r Nurullah KUNTER (d'Istanbul), du Vénézuéla par le D^r José-Raphaël MENDOZA. Le rapport général sur *l'étude sociologique de la criminalité* fut présenté par le professeur Thorsten SELLIN (de Philadelphie). Des séances de travail, sous la présidence de M. Stephan HURWITZ (Danemark) furent consacrées aux communications du professeur Henri LÉVY-BRUHL (de Paris), sur *l'abus de confiance*, du D^r Gregorio BERMANN (République Argentine) sur *la valeur de la criminologie comparée pour la criminogénèse*, du D^r Israel SENDEREY DRAPKINS (de Santiago, Chili) sur *le groupe criminel*, du R.P. Pierre GUILLY, O.P. (de Rouen), sur *les conditions sociales favorables à l'emprisonnement*, de Sri P. N. SAXENA (de Lucknow, Indes), sur *les familles criminelles*, de Mlle Odette PHILIPPON (de France), sur *la méthode en socio-criminogénèse*, communications qui donnèrent lieu à d'intéressantes discussions. Une motion finale conclut à la nécessité du travail d'équipe, des réunions de représentants de diverses disciplines et au besoin d'un service international de comptes rendus résumés des diverses découvertes de la recherche étiologique portant sur la conduite criminelle.

A la « section de statistique », présidée par M. O. Karl CHRISTIANSEN (Danemark), après une discussion sur l'importance de la méthode d'établissement des statistiques en matière de criminologie furent exposées et discutées les communications de Mlle Felicitas Kimpel ALVARADO (du Chili) sur *la statistique comme contribution à l'étude de la criminalité féminine* et du D^r Hector Anibal ABRINES sur *l'étude statistique des crimes en République Argentine*. En conclusion de ses travaux, la section de statistique, en raison du manque de comparabilité des statistiques officielles criminelles et de l'importance que présente pour la recherche criminologique la statistique criminelle, a demandé la création d'un comité spécial de statistiques composé de chacune des disciplines criminologiques et en a précisé les objectifs en collaboration avec les organismes des Nations-Unies (en particulier l'étude des voies et moyens d'effectuer un échantillonnage homogène dans les statistiques officielles des différents pays.

La « section des sciences morales », placée sous la présidence de M. le Chevalier BRAAS (Belgique), après un bref exposé du R.P. VERNET sur *le but et les méthodes de la section des sciences morales*, entendit une importante communication du professeur Henri BARUK (de Paris) sur *les métho-*

(1) Voir (tomes I, II et III) *Annales médico-psychologiques*, janvier 1953, p. 121, et mai 1953, p. 698-700.

des scientifiques d'étude et d'exploration de la conscience morale et leurs applications criminologiques. Après une intéressante discussion de cet exposé, le Dr A. LEROY (de Liège) présenta deux communications, l'une pour montrer comment *l'instruction et l'éducation dont elle est inséparable est le premier facteur anticriminologique d'environnement*, l'autre établissant la *relation entre la criminalité et la carence d'éducation morale*. Des essais de tests de moralité présentés par le Dr M. BACHET (de Paris) et une intéressante étude psychologique du R.P. Joseph VERNET, S.J., sur *la fausse personnalité des jeunes détenus* avec les conclusions d'ordre pratique en découlant pour l'adaptation et l'éducation des délinquants de 18 à 25 ans, complétèrent ces exposés de la section des sciences morales. Une motion finale demanda la fondation, au sein de la Société internationale de criminologie, d'une section des sciences morales destinée à réunir les observations de ceux qui, approchant les délinquants, apprécient l'importance du traitement moral et sont en mesure de mieux saisir et utiliser les réactions de ces sujets.

Au nom du bureau, M. Jean GRAVEN (Suisse), qui présidait la séance de travail de la « section d'étude criminologique des institutions juridiques », précisa et limita tout d'abord l'objet des discussions de la section ; il proposa un plan de travail, aussitôt mis en discussion et dont les deux divisions principales furent *l'étude criminologique des institutions juridiques, facteurs criminogènes, et le critère social du crime tel qu'il se dégage de l'étude criminologique des institutions juridiques*. De nombreuses communications furent ensuite présentées sur la *législation des aliénés criminels* par M. Xavier ABÉLY (de Paris), *l'indice psychologique de non-imputabilité* par M. Enrico ALTAVILLE (Italie), *l'unification des concepts dans le langage criminologique*, et sur *la peine de mort*, par M. Luis BERTRAN (Uruguay), sur *un projet de loi concernant le régime d'exécution de la peine*, par M. Luis COVA GARCIA (Vénézuéla), sur *la psychologie de la criminalité selon le concept actuel du délit politique*, par le professeur Jorge E. COLL (de Buenos-Aires), sur *le point de vue de la Société internationale de défense sociale*, par M. Filippo GRAMATICA (Italie), sur *définition criminologique du crime et droit comparé*, par M. Pierre GRAPIN (de Paris), sur *le délit comme phénomène sociologique, son incidence dans les domaines de la criminologie et du droit pénal*, par M. Roberto A. M. TERAN LOMAS (République Argentine), sur *la notion sociologique du délit dans la Constitution Argentine*, par M. Pablo MARICONDE, etc. Dans une motion finale, après avoir confirmé sa décision de changer son nom de « section de droit comparé » en celui de « section d'étude criminologique des institutions juridiques » cette section, en conformité avec son plan initial de travail, invite la Société internationale de criminologie à demander aux diverses associations juridiques et de défense sociale de procéder à l'examen des différents points du programme ainsi établi et de lui transmettre leurs conclusions. Quant à la définition criminologique du crime, son intérêt fondamental devrait en faire l'un des objets principaux de l'ordre du jour du III^e Congrès international de criminologie.

Des actes du II^e Congrès international de criminologie tenu à Paris au mois de septembre 1950, deux volumes restent à paraître. Le tome V, actuellement sous presse, contiendra les travaux concernant la science pénitentiaire, la médecine légale, la police technique et scientifique. Le VI^e et dernier volume, en préparation, sera consacré à la bio-criminogénèse, à la psycho-criminogénèse, à la socio-criminogénèse et à l'état dangereux.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Critique des termes « psychose, psychonévrose et névrose », par K.-M. BOWMAN et M. ROSE. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 3, septembre 1951, p. 161).

La nouvelle nomenclature des maladies proposée par le comité de la nomenclature et des statistiques aux Etats-Unis, place les désordres mentaux sous deux principaux chefs : 1° désordres causés par une altération du tissu nerveux ou simplement associés à son altération ; 2° désordres d'origine psychogène sans cause physique nettement définie ou sans changement dans la structure du cerveau. A chacune de ces classifications on peut ajouter : a) avec réaction psychotique ; b) avec réaction névrotique ; c) avec réaction du comportement. Les auteurs demandent que, sous le deuxième chef, on ajoute comme sous-titre les termes psychose ou psychonévrose.

L. MARCHAND.

Les névroses (Las neurosis), par Luis A. GUERRA. (*Revista de Neuropsiquiatria*, Lima, T. 14. n° 2, juin 1951, p. 236-269).

Autrefois cantonné à l'étude de l'hystérie, le domaine des névroses s'est étendu. La délimitation en est souvent difficile avec les maladies corporelles, les psychoses et les modalités de la personnalité. Les problèmes pathogéniques sont évoqués : point de vue réflexologique avec, particulièrement, application des névroses expérimentales, point de vue biologique (prédisposition, phases évolutives critiques, états de déséquilibre), point de vue psychique (absence de réalisation des tendances basales, rôle du style de vie, auto-détermination du sujet, intégration de la personnalité). Les mécanismes de défense surajoutés peuvent déformer l'aspect clinique. Le pronostic est très variable. Classant enfin les névroses, l'auteur décrit successivement des hormopathies organiques et des hormopathies fonctionnelles, les dernières comprenant des pseudo-névroses et des névroses. Celles-ci peuvent être actuelles (neurasthénie, névrose d'angoisse, névrose d'épouvante), ou constituer des psychonévroses (névrose d'extinction, hystérie, névrose compulsive, phobies).

V.-J. DURAND.

Névroses et réactions névrotiques « circonstanciellles » (facteurs psychologiques et sociogéniques), par M. SCHACHTER (de Marseille) (*L'Ospedale Psichiatrico*, 19^e année, fasc. 3, juillet-septembre 1951, p. 171-194).

A l'aide de six intéressantes observations clinico-psychologiques, l'auteur montre le rôle déterminant, dans certaines névroses ou réactions névrotiques, des intrications multifactorielles psycho-mésologiques, des fautes

éducatives, des préjugés de la situation économique, de la classe sociale. Toutes ces causes peuvent provoquer des adaptations et des désadaptations multiples. S'opposant aux applications à outrance des méthodes analytiques, l'étude clinique et psychologique, appuyée au besoin par les tests projectifs, peut suffire ordinairement à orienter le traitement et à permettre, soit de prendre des décisions définitives, soit plutôt temporaires et ultérieurement perfectibles.

V.-J. DURAND.

Etude structurale de deux cas de névrose concentrationnaire, par S. DREYFUS-MOREAU. (*L'évolution psychiatrique*, avril-juin 1952).

L'auteur rapporte deux cas de névrose secondaire à des traumatismes subis en prison et en camp de concentration. Elle souligne les traits particuliers des névroses de ce type, consécutives à des tortures exercées d'homme à homme et d'apparition tardive. L'anesthésie affective commune dans ces cas n'est qu'apparente, recouvrant, ainsi que le révèle la narcose, des effets trop intenses pour pouvoir se manifester. L'apparition et la persévérance de la névrose sont le fait d'une structure névrotique antérieure, remaniée par l'expérience concentrationnaire, et sur laquelle la narcose n'a aucune action.

M. LECONTE.

Personnalité et situation sociale de 130 cas de névrose d'assurance, par R. FLUCKIGER-MÜLLER. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 2).

La faible proportion de ces névroses incite à mettre en cause la personnalité du malade ou une situation sociale particulière. Cette hypothèse se vérifie chez la quasi-totalité des 130 névrosés expertisés à la clinique psychiatrique de Bâle de 1928 à 1948. Dans ces cas, les anomalies psychiques sont quatre à cinq fois plus fréquentes que dans la population en général : ce sont surtout les psychopathies (hypersensibilité, faiblesse de caractère et de volonté) et l'oligophrénie, accessoirement l'alcoolisme ; les psychoses ne jouent pratiquement aucun rôle. La situation financière, où d'autres conflits jouent aussi un rôle important.

H. BERSOT.

Le mécanisme cérébral de l'émotion, par E. A. SPIEGEL, H. T. WYCIŚ, H. FREED et C. ORCHINIK. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 6, décembre 1951, p. 426).

Travail basé sur l'examen de deux schizophrènes, qui avaient subi une lésion localisée dans les noyaux dorso-médians et sur 58 cas dans lesquels les auteurs avaient produit des lésions des divers noyaux du thalamus. Parmi ces derniers, dans deux tiers des cas ils observèrent une diminution de la tension, de l'anxiété, des pensées obsédantes, de l'agitation, de l'agressivité et de l'impulsivité. Les réactions émotives aux hallucinations et aux illusions disparurent. Ils concluent qu'il n'est pas possible de rapporter les réac-

tions de l'émotion à un seul noyau localisé dans le diencephale ou à ses connexions avec les lobes frontaux ; mais il existe dans le diencephale de multiples circuits intéressant cette fonction. Quand un ou deux de ces circuits sont éliminés, d'autres viennent en compenser la perte. D'après leur expérience concernant la localisation des réactions à l'émotion, les auteurs attribuent un grand rôle aux systèmes suivants : connexions des noyaux antérieurs thalamiques avec la circonvolution cingulaire, connexion de l'hypothalamus avec le lobe frontal, connexions intra-diencephaliques principalement entre les noyaux dorso-médians et l'hypothalamus, peut-être aussi entre les noyaux antérieurs et les corps mamillaires. De ces différents systèmes, les trajets des fibres nerveuses des trois premiers ont été démontrés anatomiquement. Il est probable qu'il existe des connexions centrifuges entre le lobe frontal et l'hypothalamus avec synapse dans le *septum lucidum*. Il est possible que, par la voie du noyau dorso-médian, des connexions centripètes existent entre l'hypothalamus et le lobe frontal. En décrivant ces circuits, les auteurs n'ont pas l'intention de présenter une « nouvelle théorie » des émotions, mais seulement une hypothèse préliminaire permettant de nouvelles recherches, hypothèse qui peut être modifiée à la lumière d'observations ultérieures.

L. MARCHAND.

De l'état émotif en rapport avec les maladies cardiaques, par MORTON F. REISER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 10, avril 1951, p. 781).

Les rapports complexes entre le cardiaque, sa maladie et son entourage, soulèvent un problème important. Le diagnostic d'une lésion cardiaque constitue une menace psychologique ; de nombreux symptômes tels que dyspnée, orthopnée, douleurs angineuses, peuvent entraîner le début brusque d'une anxiété sévère. Le cardiaque est soumis à des chocs physiologiques et psychologiques qui sont pour ainsi dire inséparables. L'anxiété engendrée par la cardiopathie peut mettre à l'épreuve, à la fois les résistances cardiaques et psychologiques et exercer une action défavorable sur l'évolution de la maladie, sur son traitement aussi bien que sur l'ensemble de la personnalité du sujet.

L'anxiété et la tension émotionnelle peuvent influencer l'équilibre circulatoire en augmentant le travail du cœur et en diminuant la circulation dans les coronaires.

Les troubles cardiaques peuvent déterminer l'anoxie cérébrale, provoquer un état délirant, s'accompagner de lésions vasculaires cérébrales causant une démence organique. Ils ont aussi comme conséquences psychologiques de modifier les conditions de vie du sujet, ses relations, ses capacités occupationnelles.

La maladie, considérée d'abord comme « purement somatique », devient une affection psycho-somatique. Les rapports « médecin-malade » représentent les facteurs les plus importants pour le traitement du sujet. Le psychiatre qui est appelé en consultation par le médecin-praticien doit s'attacher à combattre à la fois l'anxiété du malade et celle du praticien, à favoriser entre ces derniers une alliance étroite bien établie pour la direction du traitement.

L. MARCHAND.

Syndrome psycho-anémique avec anémie sidéropénique typique apparue après gastrectomie pour ulcère, par J. EUZIÈRE, R. LAFON, J.-L. FAURE, G. CARLI et L. MICHAELSEN. (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 février 1951).

Observation d'une jeune femme de 26 ans, présentant une anémie sidéropénique typique avec achlorhydrie, ébauche de syndrome de « Plummer-Vinson », koïlonychie, raghades commissurales, normoblastose basophile médullaire, apparue quatre ans après une gastrectomie pour ulcère gastrique avec sténose du pylorc.

Parallèlement à l'anémie, s'est développé un syndrome psychasthénique avec perte de la libido. Un mois de traitement par le fer réduit à la dose de 4 gr. par jour (avec papaine et acide chlorhydrique) n'a apporté aucun résultat. Une seule transfusion de sang conservé concentré (déplasmatisé), équivalente à 1.200 cm³ de sang frais, a amené une guérison spectaculaire immédiate avec régression du syndrome hématologique, retour du psychisme antérieur et de la libido.

L. R

Facteurs psychologiques chez des femmes atteintes d'ulcère peptique, par E. KEZUR, F. T. KAPP et M. ROSENBAUM. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 5, novembre 1951, p. 368).

Vingt-cinq femmes, dont quatre étaient atteintes d'ulcère stomacal et les autres d'ulcère du duodénum, ont fait l'objet de recherches au point de vue psycho-somatique. Elles étaient âgées de 10 à 66 ans. Toutes présentaient des troubles évidents de la personnalité. La plupart avaient été malmenées par leur mère et avaient reporté leur affection sur leur père. Les symptômes de l'ulcère devinrent plus évidents chaque fois que les malades furent séparés de la personne qui les protégeait. Toxicomanie, obésité, boulimie et vomissements de l'enfance précédèrent souvent le développement de l'ulcère. Ces femmes étaient pour la plupart frigides. A noter que les troubles de la personnalité sont plus manifestes chez les femmes atteintes d'ulcère peptique que chez les hommes présentant la même maladie et cependant les facteurs psychologiques sont aussi importants dans les deux groupes. Il est probable que les changements sociaux qui ont eu lieu depuis une cinquantaine d'années ont pu être la cause de la plus grande fréquence de l'ulcère peptique

L. MARCHAND.

L'asthme et sa pathogénie diencéphalique, par A. JACQUELIN, J. TURIAF, M. ROMAN et J. MARTINETTI. (*Le Monde médical*), n° 972, novembre-décembre 1951, p. 358-367).

Se basant sur d'intéressantes observations, les auteurs montrent la possibilité d'une pathogénie post-émotionnelle de l'asthme. Le diencéphale est touché par ces facteurs émotionnels. Diverses manifestations cliniques sont en faveur de cette conception, montrant que « la maladie asthmatique ne saurait être limitée à ses troubles respiratoires, qui ne doivent valablement être considérés que comme une conséquence et un aboutissement ». Les

principales sont : troubles du sommeil, de la faim, variations de poids, syndromes dysendocriniens, déséquilibre neuro-végétatif global. Des essais de radiothérapie diencéphalique à petites doses régulatrices (20 à 50 r.) ont donné des résultats encourageants avec suspension complète des crises dans 11 cas sur 28.

V.-J. DURAND.

Hystérie et théâtre, par P. RACAMIER. (*L'évolution psychiatrique*, avril-juin 1952).

Le rapprochement de ces deux mots est traditionnel dans la locution « théâtralisme hystérique ». Théâtre et hystérie sont expression. L'hystérie se sert des moyens du théâtre. Pour l'acteur, ils aboutissent à un acte qui est une création ; pour l'hystérie, ils s'arrêtent à un compromis qui est une névrose. Le point essentiel réside dans le fait que l'hystérique ne fait que se servir du théâtre. L'hystérie peut s'expliquer, se réduire, à des mécanismes pour le psychopathologue et le psychanalyste ; non le théâtre, car « l'art est ce que le psychiatre ne peut faire fondre au feu de ses recherches compréhensives ».

M. LECONTE.

Biubiquité paranormale (Biubicuidad paranormal), par Fernando GORRITI (*Revista de la Asociación médica argentina*, T. 66, N° 731-734, août-septembre 1952, un extrait de 14 pages).

L'auteur rapporte une curieuse observation de biubiquité ; celle-ci est constituée par le fait qu'une personne croit fermement se trouver en même temps en deux endroits plus ou moins éloignés l'un de l'autre. Il s'agit dans le cas présent d'une femme de 32 ans, assez cultivée, présentant le syndrome d'écriture automatique hystérique, montrant un délire du déjà su (que l'auteur distingue du phénomène de déjà vu). Cette malade se voit parfois, subitement, en un endroit très éloigné de celui où elle se trouve. Ce syndrome de biubiquité n'est jamais permanent. Il est récidivant, transitoire, mais le souvenir en est clairement fixé. L'auteur considère ce syndrome comme un épi-phénomène hystérique relativement fréquent. Les rapports de ces manifestations avec les pratiques ésotériques sont à étudier ; il faut connaître le danger de la culture immodérée de la théosophie.

V.-J. DURAND.

Les tics et la « maladie des tics convulsifs » (Gilles de la Tourette) par G. de MORSIER (de Genève). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 198, 15 juillet 1951).

L'auteur rappelle les notions essentielles sur les tics en général et sur le syndrome décrit en 1885 par Gilles de la Tourette. Il rapporte deux intéressantes observations personnelles. La pathogénie demeure discutée. L'encéphalite épidémique, des intoxications comme l'insulinémie expérimentale, l'étude des encéphalopathies traumatiques, les stimulations de l'hypothalamus ont éclairé un peu le mécanisme d'apparition du syndrome. On peut admettre également la participation du cortex temporal, de l'insula et de la 3^e frontale. La question est encore irrésolue.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la « maladie de Gilles de la Tourette » et au problème de la régression, par J. HEUSCHER. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 66, 1/2, 1950).

Description détaillée de trois cas de tics convulsifs, dont l'un est devenu catatonique et comparaison entre eux. Énumération des nombreuses données de la littérature sur les causes possibles des divers genres de tics ; elles se complètent si on les envisage à la lumière de la théorie de l'unité psychosomatique. M. J. Heuscher cherche à découvrir sur ce plan les divers aspects psychologiques du développement des tics. Longues considérations sur les symptômes régressifs et leurs divers degrés. Explication des trois cas décrits d'après cette conception.

La prise de conscience par le patient de ces divers mécanismes psychopathologiques est thérapeutiquement très profitable.

H. BERSOT.

Psycho-physiologie de la maladresse, par L. GAYRAL. (*Bull. de la Société de médecine du travail de la région toulousaine*, séance du 24 juin 1951).

Après avoir défini la maladresse de cause non lésionnelle, l'auteur étudie la séméiologie de la maladresse d'origine psychique : il distingue les cas où les troubles portent sur la connaissance des gestes à effectuer ou des objets à manipuler (apraxie et agnosie) et les cas où le trouble porte sur l'exécution même de l'acte : mauvaise « mise en train », dysharmonie du geste ou gestes parasites. Traitant ensuite de la physio-pathogénie de la maladresse psychogénique, il distingue des facteurs intellectuels, psycho-moteurs et affectifs.

Signification physio-clinique de la maladresse : elle permet de dépister les fatigables, les instables et les « débiles moteurs ». Cette dernière classe de maladroits congénitaux paraît rare à l'auteur, qui insiste sur la valeur séméiologique de la maladresse, laquelle peut conduire à des diagnostics importants et à des thérapeutiques spécifiques.

L. R.

La tendance verticale dans le présommeil et l'allégorie de la lumière de la conscience, par R. BILZ. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 66, 1/2, 1950).

M. R. Bilz expose comment on est arrivé à une conception spatiale du psychisme. Aperçu de psychologie affective en relation avec les phénomènes somatiques du sommeil. Importance de l'affectivité. Considérations sur l'intérêt, le tonus musculaire et la mémoire. L'auteur cite souvent des auteurs anciens, qui paraissent juger les phénomènes primitifs avec plus de liberté que les penseurs modernes.

H. BERSOT.

L'épilepsie de structure morphéique, par A. HOSOTTE (d'Alger). (*Presse médicale*, 6 février 1952, p. 160).

Décrite par Delmas-Marsalet, l'épilepsie de type morphéique se caractérise par les éléments suivants : apparition des crises dans la phase hypna-

gogique ou hypnopompique, pas d'amélioration ou même aggravation possible par les barbituriques ou les hypnogènes classiques, amélioration ou guérison clinique par les antihypniques seuls ou associés. A propos d'une observation personnelle, l'auteur montre l'intérêt de la conception de Delmas-Marsalet. On peut se demander si la comitalité « hypnophile » ne s'insère pas dans le cadre plus vaste de l'épilepsie temporale. De toute façon, il s'agit d'une entité nettement différenciée.

V.-J. DURAND.

Recherches récentes sur la pathogénie de l'épilepsie, par A. PLICHET.
(*La presse médicale*, 59, n° 52, 4 août 1951).

Les expériences effectuées au cours des dernières années et, en particulier, celles de l'école du professeur Riser exposées dans la thèse de Mlle Simone Lavitry, sont rapportées ici. Elles permettent d'éclaircir certains points de la pathogénie de l'épilepsie et de formuler quelques conclusions. Le faisceau pyramidal, le manteau gris cortical, le diencéphale ne sont pas nécessaires à la production du mal comital. La notion d'un centre diencéphalique de l'épilepsie n'est pas démontrée. Plusieurs facteurs interviennent dans le déclenchement d'un accident épileptique : la lésion cérébrale ou la simple modification fonctionnelle de siège variable, les causes prédisposantes, le dynamisme cérébral individuel. La réponse individuelle emprunte cortex, système pyramidal, appareil sensitif, système strié et peut-être plusieurs de ces formations, même si la modification pathologique ou fonctionnelle initiale est légère ou localisée.

V.-J. DURAND.

Etude électro-clinique des absences de l'enfant, par J. COURJON (de Lyon). (*Pédiatrie*, n° 3, 1952).

L'auteur distingue cliniquement : l'absence brève et l'absence longue avec automatisme ; il décrit leurs différences et les formes de transition, souligne les troubles endocriniens qui accompagnent certains cas. Il étudie les électro-encéphalogrammes de 174 enfants présentant des absences. L'épilepsie d'origine sous-corticale (105) donne 51 tracés, dont le rythme de base n'est pas altéré et qui présente des bouffées de pointes-ondes régulières ou irrégulières ; 77 tracés, dont le rythme de base est altéré et où l'on distingue des bouffées de pointes-ondes régulières avec anomalies localisées, ou isolées, et irrégulièrement disposées, et des bouffées de pointes-ondes irrégulières avec anomalies localisées ou réparties irrégulièrement. On compte 35 foyers corticaux, 6 anomalies diffuses et 26 tracés normaux. Après avoir apporté quelques observations sur les antécédents et l'association de crises convulsives, l'auteur aborde le problème thérapeutique et recommande l'épidione et la paraldione dans les formes sous-corticales seules, ce qui souligne l'impérieuse nécessité de l'électro-encéphalogramme. Il termine par le pronostic, favorable pour l'absence pure, beaucoup plus fâcheux dans celle associée aux crises.

D. JOYEUX-QUERCY.

Etiologie des épilepsies focalisées chez l'enfant, par R. et M. VIGOUROUX et A. ROGER. (*Bull. de la Société de pédiatrie de la région provençale*, séance du 16 décembre 1951).

Statistique de 234 cas d'épilepsies focalisées de l'enfant : étiologie pré-natale, dans 5,9 % des cas ; étiologie natale (obstétricale) 30,3 % des cas ; étiologie post-natale (traumatisme crânien et encéphalites, parasitoses) 32,9 % des cas. Dans 30,9 % des cas, les auteurs n'ont pu mettre en évidence une étiologie connue.

L. R.

Epilepsie abdominale (Abdominal epilepsy), par Matthew T. MOORE (de Philadelphie). *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, vol. 1, n° 13, janvier-mars 1952, p. 5-32).

A l'occasion d'observations personnelles, l'auteur décrit l'épilepsie abdominale. Le symptôme essentiel est la douleur abdominale paroxystique, de durée variable, parfois précédée de nausées, vomissements, malaise général. L'électro-encéphalographie révèle des dysrythmies typiques ; elle peut cependant être normale. L'épreuve thérapeutique a une valeur diagnostique. Des opérations abdominales inutiles ont pu être faites à cause de la douleur paroxystique. Parfois, des interventions cérébrales (cicatrices, tumeurs, angiomes) se montrent efficaces. Penfield a montré que, dans les régions frontale et temporale (uncus, cingulum), il y a des centres réglant l'innervation des viscères abdominaux. Les médicaments antiépileptiques habituels seront à employer. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Epilepsie et syndrome hématologique méditerranéen, par A. PORTIER et J. MASONNAT (d'Alger). (*La Presse médicale*, 22 mars 1952).

Sous le terme de « syndromes hématologiques méditerranéens », proposé par Chini, on désigne les diverses manifestations de la « thalassémie » entre lesquelles existent des liens aujourd'hui bien établis : la *thalassemia major* ou maladie de Cooley, la *thalassemia minor* ou syndrome de Rietti-Greppi-Micheli et la *thalassemia minima* des « porteurs sains » de la tare globulaire.

Observation d'un jeune kabyle de 20 ans présentant une forme atténuée, du type « adulte », de la maladie de Cooley. Ce malade étant également atteint d'épilepsie de type essentiel, les auteurs estiment qu'une telle association ne relève peut-être pas d'une simple coïncidence et pourrait entrer dans le cadre des *syndromes neuro-hémolytiques*.

L. R.

Epilepsie psychomotrice manifestation d'un hématome subdural, par S. LEVIN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 7, janvier 1951, p. 500).

Il s'agit d'un sujet âgé de 44 ans, qui présente depuis quatre ans des crises presque quotidiennes ainsi caractérisées : il devient brusquement confus, désorienté, attrape les objets qui sont à côté de lui, les tient pendant une

minute, puis reprend ses occupations. Les accès sont amnésiques. Le diagnostic d'hystérie fut d'abord posé parce que les accès étaient apparus après un traumatisme psychique. D'après l'auteur, il est fréquent de faire une telle erreur de diagnostic parce que crises psycho-motrices et crises hystéro-épileptiques ou hystériques sont semblables (opinion très contestable). Rien de caractéristique à l'examen électro-encéphalographique. La pneumo-encéphalographie décèle un excès d'air à la surface des deux hémisphères, plus marqué du côté droit, au niveau des régions pariétale et frontale. A l'intervention, on trouva des hématomes bilatéraux subduraux chroniques. Leur évacuation fut suivie d'une amélioration importante des crises.

L. MARCHAND.

Le problème de l'épilepsie sous-corticale, contribution casuistique, par Imre STERN. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 1, 1951).

Définition, symptomatologie, puis description détaillée de trois cas. Résumé de la littérature concernant les cas d'épilepsie sous-corticale après encéphalite épidémique. Présentation d'un cas personnel montrant la relation étroite entre cette variété d'épilepsie et la narcolepsie. Description détaillée de cas à forme cataleptique, encore peu nombreux jusqu'ici. La catalepsie serait due à la libération de mécanismes réflexes proprioceptifs des noyaux centraux après cessation des inhibitions pallidostrées et fronto-thalamiques. L'auteur traite enfin des symptômes hystéroïdes de ces crises, de la localisation de la catalepsie organique, de l'encéphalite épidémique et des relations entre cette dernière et la catalepsie psychomotrice des psychoses.

H. BERSOT.

Dépistage de l'épilepsie tumorale par l'E.E.G., par D. PETIT-DUTAILLIS, G. GUIOT, G. ARFEL-CAPDEVIELLE et H. FISCHGOLD (de Paris). (*La Presse médicale*, 25 décembre 1951).

Les auteurs concluent que : a) de tous les examens complémentaires « inoffensifs » l'électro-encéphalogramme est celui qui a fourni le témoignage le plus précoce et le plus éloquent de l'existence d'une tumeur intracranienne épileptogène ; b) une étiologie tumorale mérite d'être suspectée chez tout adulte présentant une épilepsie tardive, et l'électro-encéphalogramme est devenu dans l'épilepsie tumorale l'examen de première importance sur lequel se fonde l'espoir d'un diagnostic aussi précoce que possible ; c) quelle que soit la morphologie des potentiels anormaux localisés, d'autres investigations doivent être pratiquées pour établir la nature du processus lésionnel en cause ; d) même dans le cas où l'angiographie et les examens aériques restent négatifs, on ne peut éliminer de façon formelle la possibilité d'une tumeur cérébrale ; e) d'où comme sanction (dans certains cas de crises récidivantes et non influencées par la thérapeutique anti-comitiale) une craniotomie exploratrice avec corticographie et, en cas de doute, biopsie pour examen histologique extemporané.

R. C.

Epilepsies temporales, par J.-E. PAILLAS. (*Bull. de la Société de médecine de Marseille*, séance du 9 mai 1951).

Parmi les epilepsies en foyer, celles nées d'une altération du cortex externe et surtout basilaire et interne du lobe temporal occupent une place de choix par leur fréquence, leur séméiologie et leur traitement médical ou chirurgical. Se fondant sur ses observations et ses recherches personnelles, l'auteur décrit des crises temporales complètes, incomplètes et déviées. Les crises complètes comportent une phase d'aura psycho-sensorielle ou végétative et cénesthésique, ou psychique; une phase motrice paroxystique (mouvements forcés), une phase d'automatisme psycho-moteur et psychoparalytique. Les crises incomplètes ou mineures sont réduites à une ou plusieurs des phases précédentes. Les crises déviées traduisent l'extension corticale, voisine (jacksonisme) ou profonde (crise convulsive généralisée). L'auteur insiste sur l'intérêt diagnostique des fausses absences, des crises dysphasiques, du faux somnambulisme.

Envisagée dans son ensemble, la maladie épileptique temporale débute surtout à l'âge adulte (41 % des cas après vingt ans), elle associe volontiers les crises convulsives généralisées dans la première période de son installation; les céphalées intercritiques ou précritiques sont fréquentes. Il existe des troubles psychiques permanents (persévération, irritabilité, obsession, tendance névropathique). L'électro-encéphalogramme permet une localisation précise, mais, dans 15 % des cas, les foyers sont bilatéraux. La richesse particulière de la séméiologie temporale s'explique par l'importance des circuits associatifs qui intéressent le lobe temporal. Les traumatismes crâniens fermés, les infections oto-mastoïdiennes, les méningo-encéphalites, les troubles vasculaires sont les causes le plus souvent observées, mais il existe aussi une épilepsie temporale crypto-génétique. Au point de vue thérapeutique, la méthylphényléthylhydantoïne, la phénylacétylurée sont les meilleurs produits, associés souvent au gardénal. Dans les cas rebelles, l'ablation de l'aire épileptogène permet la guérison du malade dans 50 % des cas.

L. R.

Un cas d'épilepsie psychomotrice probablement temporale. Traitement par la phénacétylurée, par P. MEIGNANT et J. BARBIER. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 12 décembre 1951).

Observation de ce que les Américains (Forster, notamment) décrivent sous le nom d'épilepsie psychomotrice (crise d'automatisme psychomoteur de L. Marchand et J. de Ajuriaguerra). Dans le cas présenté, comme dans beaucoup de cas de ce genre, l'électro-encéphalographie a montré la prédominance des anomalies (dont des pointes-ondes) dans le lobe temporal (droit dans le cas particulier). Après des considérations sur le diagnostic clinique et la valeur nosographique de tels accidents, les auteurs rapportent les travaux américains sur la valeur thérapeutique de la phénacétylurée. L'épiclase a été rapidement efficace chez le malade en cause, alors que les antiépileptiques courants avaient échoué.

L. R.

Astrocytome du lobe temporal gauche. Contribution au problème de la psychopathologie des désordres de la personnalité épileptique et au problème de l'aphasie sémantique, par E. G. WINKLER, G. V. FREIMAN et S. S. LIEBERMAN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 5, novembre 1951, p. 343).

L'astrocytome du lobe temporal gauche fut diagnostiqué chez un garçon de 19 ans, qui présentait des crises épileptiques depuis l'âge de 13 ans. Les crises étaient suivies d'aphasie transitoire. Le malade, qui était alors conscient, ne comprenait pas ce qu'on lui disait et il était incapable de parler. Bien avant d'être opéré, ce jeune homme était incapable de comprendre le sens de phrases complexes, son vocabulaire était réduit puisqu'il ne pouvait nommer certains objets simples ; il était donc atteint d'aphasie et d'alexie sémantiques. Les auteurs insistent sur les troubles du caractère du sujet, sur son sentiment d'infériorité, sur les manifestations de son égocentricité, sur ses idées de persécution, sur sa tentative de suicide, et les font dépendre à la fois de la localisation de la tumeur dans le lobe temporal gauche et de sa mentalité prémorbide. Tous ces troubles disparurent après l'opération, qui se fit en deux temps, à un mois d'intervalle. Dans la première intervention, on pratiqua l'ablation partielle de l'astrocytome, qui faisait saillie dans la corne temporale du ventricule gauche ; dans la deuxième, l'ablation de la tumeur fut totale, mais les première et deuxième circonvolutions temporales furent respectées.

L. MARCHAND.

Sur la clinique et la physiopathologie des maladies des circonvolutions temporales (Zur Klinik und Physiopathologie der Temporal lappen-Krankheiten), par W. BÄRTSCHL. (*Bulletin der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, vol. 8, fasc. 3, avril 1952, p. 269-284).

L'auteur, sur un ensemble de 300 électro-encéphalogrammes, a trouvé 68 cas d'affections du lobe temporal. Il s'agissait, trente-trois fois, d'épilepsie localisée à ce lobe, six fois d'une épilepsie insulaire. Il est souvent impossible, sans des électro-encéphalogrammes activés, de différencier ces formes de l'épilepsie idiopathique. L'auteur décrit la symptomatologie de ces variétés cliniques, ainsi que la technique d'examen. Schémas, figures, reproductions de tracés, bibliographie.

V.-J. DURAND.

Du rôle de la syphilis en pathologie infantile, par G. BLECHMANN. (*Bull. de la Société d'hygiène et de climatologie médicales de Paris*, séance du 5 février 1951).

L'auteur rappelle que la plupart des pédiatres français, que tous les pédiatres et syphiligraphes étrangers nient l'existence de la syphilis germinale et de l'hérédo-syphilis larvée. La connaissance du facteur Rh, des embryopathies rubéoliques, de la toxoplasmose humaine, entre autres facteurs de dystrophies et anomalies congénitales, ont bouleversé des conceptions trop longtemps admises. Depuis cinq ans, sur plusieurs milliers d'enfants examinés, l'auteur a constaté, dans vingt cas au maximum, des signes avérés

d'infection tréponémique. Désastreux ont été, sur la science médicale française, les effets de cette « grande illusion », l'hérédo-syphilis, en facilitant des interprétations paresseuses et stéréotypées.

L. R.

Aphasie et syphilis congénitales, par LÉON MICHAUX, M^{lles} M. SAULNIER, J. TEYSSEYRE et M^{me} TRAMICHEL. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 22 mai 1951).

Présentation d'un enfant de 9 ans atteint de syphilis congénitale avec aphasie congénitale à type de réception. Echec du traitement antisypilitique. Surdité verbale isolée, sans agnosie visuelle, sans apraxie, sans surdité sensorielle, sans retard intellectuel aux tests non verbaux. Surdité verbale assez intense pour simuler une surdi-mutité qu'élimine l'audiométrie et rendre aléatoires tous les efforts de r ducation. Les auteurs posent la question de savoir si pareille surdité verbale n'aurait pas intérêt à être traitée comme une surdi-mutité.

R. C.

Publier des observations de génétique médicale, par A. TOURAINE (de Paris). (*La Presse médicale*, 10 octobre 1951).

La génétique médicale, chez l'homme, en reste à des observations trop rares et souvent incomplètes. L'auteur attire l'attention des cliniciens sur l'intérêt de publier, en aussi grand nombre que possible, des cas d'anomalies familiales ou congénitales. Il indique, exemples à l'appui, quelles conditions ces observations ont à remplir pour être pleinement utiles ; elles doivent étudier, non seulement l'anomalie elle-même, mais aussi les autres dysplasies et l'état constitutionnel du malade et de sa famille. Ainsi pourront être précisés la réalité, le mode et le rôle des anomalies et des corrélations héréditaires ; ainsi pourra-t-on aussi pénétrer davantage dans le mécanisme de l'hérédité et en tirer de nombreuses applications, tant théoriques que pratiques.

L. R.

Embryopathies et encéphalopathies, par J. CHAPTAL, D. BRUNEL et R. JEAN. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 1^{er} juin 1951).

Les encéphalopathies d'origine embryonnaire (33 cas sur 142 encéphalopathies de toute nature, soit 23 %) se répartissent en embryopathies vraies : 13 %, et mongolisme : 10 % des cas. Les signes essentiels en sont l'association psycho-motrice et la rareté des signes de localisation. La cause anatomique en est une microcéphalie globale avec prédominance de l'atteinte des lobes antérieurs. Diagnostic affirmé par les malformations associées bien plus que par les arguments étiologiques qui font le plus souvent défaut. L'association de malformations est aussi un des éléments probants de l'origine embryonnaire du mongolisme.

L. R.

Encéphalopathie hypertensive (Encefalopatia hipertensiva), par Robalinho CAVALCANTI. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1, n° 12, 1951, p. 437-439).

Un cas très intéressant d'encéphalopathie hypertensive est rapporté. Il s'accompagnait de réactions psychotiques et délirantes avec crises convulsives. L'auteur fit pratiquer une sympathectomie thoraco-lombaire, qui amena une rapide amélioration avec régression des symptômes et normalisation de la circulation encéphalique.

V.-J. DURAND.

Gargoylisme (maladie de Hurler). Symptômes associés évocateurs d'hypothyroïdie. Présentation de clichés, par P. MONNET. (*Réunion lyonnaise de pédiatrie*, séance du 21 janvier 1951).

Cas clinique caractérisé par l'aspect hideux typique, l'idiotie profonde et l'existence des malformations vertébrales caractéristiques. Manquaient l'hépatosplénomégalie et les opacités cornéennes, cependant qu'existait un certain degré d'atrophie optique. Un net retard d'apparition des points d'ossification, associé à quelques altérations épiphysaires, pourrait évoquer une déficience thyroïdienne concomitante.

Gargoylisme du nourrisson avec lésions oculaires atypiques, par M. BERNHEIM, M. JEUNE, M. VIALTEL et ETIENNE. (*Réunion lyonnaise de pédiatrie*, séance du 21 janvier 1951).

Observation de polydystrophie de Hurler-Ellis, diagnostiquée chez un nourrisson de 9 mois, qui présentait, outre les signes essentiels caractérisant l'affection des lésions oculaires particulières : cataracte bilatérale, décollement rétinien, sans opacité cornéenne. Cet aspect n'est pas celui que l'on signale habituellement dans le gargoylisme et paraît constituer un signe supplémentaire à ajouter à la liste des dystrophies constitutives du syndrome.

L. R.

Un cas de syndrome de Turner (étude anthropométrique, hormonale et électro-encéphalographique), par J. VAGUE (de Marseille). (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 19 octobre 1951).

Observation d'un infantilo-nanisme, cubitus valgus bilatéral, cou large et court sans palmure vraie, camptodactylie du premier degré, exophtalmie discrète, thorax hypersthénique et tronc cylindrique, microskélie, coefficient de différenciation sexuelle élevé, sans autre dystrophie ; taux très élevé de F.S.H. ; métabolisme basal accru, mais douteux, avec cholestérolémie normale. Intelligence normale, caractère puéril, instable et craintif, mouvements fébriles. Rythme électro-encéphalographique de fond normal, et grande amplitude de l'entraînement par la stimulation lumineuse intermittente. Pas d'autres antécédents connus que des grands-parents maternels cousins germains et la stérilité probable d'une sœur de la mère. Amélioration considérable du caractère, en même temps qu'apparaît un écoulement menstruel régulier et que le F.S.H. tombe à un taux physiologique par le traitement hormonal.

L. R.

Hydropisie triventriculaire initiale, hypopituitarisme second au cours d'une anorexie mentale réversible, par P. BOULET, H. SERRE, A. VEDEL, J. MIROUZE, M^{lle} Cl. BÉCHARD et A. PAGÈS. (*Bull. de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 18 mai 1951).

Au stade initial d'une anorexie mentale schématique, hydrocéphalie manifeste sans réaction liquidienne et sans insuffisance pituitaire clinique et humorale. En cours d'évolution est apparu un hypopituitarisme global extériorisé par une insuffisance gonadique et un syndrome addisonien clinique et humoral. La guérison clinique s'est accompagnée d'une régression de l'hydrocéphalie et d'une récupération des diverses stimulines hypophysaires. Cette observation tire son intérêt de la précession des manifestations neurologiques objectives sur la défaillance hormonale.

L. R.

Deux cas d'hyperostose frontale interne avec hypertension artérielle, chez l'homme jeune, par J. EUZIÈRE, P. PAGÈS, G. CARLI et G. AMPHOUX. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 6 avril 1951).

Observations de deux adultes jeunes, âgés respectivement de 21 et 23 ans, qui présentaient une hypertension modérée solitaire, sans aucun signe rénal ou endocrinien. L'examen radiographique du crâne a mis en évidence une hyperostose frontale interne. Les auteurs opposent les cas où il n'y a ni obésité, ni troubles endocriniens, aux cas de syndrome de Morgagni-Morel, avec hypertension artérielle et discutent l'origine commune diencéphalique de l'hyperostose frontale interne et de l'hypertension artérielle.

L. R.

Syndrome de Morgagni-Morel avec délire hallucinatoire, par J. EUZIÈRE, R. LAFON, J. MINVIELLE et M. RIBSTEIN. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 13 juillet 1951).

Observation de syndrome de Morgagni-Morel : endocraniose frontale, obésité, épisodes délirants hallucinatoires, chez une femme de 42 ans. Les auteurs mettent l'accent sur les lésions d'arachnoïdite diffuse possible avec réaction d'œdème cérébro-méningé après une seule séance de radiothérapie préfrontale et sur les corrélations psycho-endocriniennes : première bouffée délirante après un accouchement, hypersécrétion de thyro-stimuline au cours de l'œdème cérébral. De telles associations facilitent l'intégration du syndrome de Morgagni-Morel dans le cadre des hyperpituitarismes d'origine diencéphalique probable.

L. R.

A propos d'un syndrome de Morgagni-Morel, par P. MÉRIEL, F. GALINIER et A. RASCOL. (*Bull. de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance du 5 juillet 1951).

Observation d'une femme de 47 ans, présentant une obésité monstrueuse à type Dercum, des troubles psychiques et une hyperostose frontale interne.

L'obésité, d'installation ancienne, apparue sans raison apparente dès l'âge de 30 ans, ne s'accompagne pas de troubles endocriniens. Actuellement ménopausée, la malade n'a présenté antérieurement aucun signe clinique d'hyperfolliculinie et d'hydrolipopexie. Elle élimine 4,8 mgr. de 17-cétostéroïdes neutres par 24 heures. Sa glyco-régulation est normale, son appareil cardiovasculaire intact. Les troubles neuro-psychiques sont de type mélancolique, accompagnés d'une sensation de fatigabilité extrême. L'hyperostose frontale interne typique constitue la seule modification osseuse.

L'absence de virilisme pileaire, la raréfaction des poils pubiens et axillaires empêche de parler d'un syndrome de Morgagni-Stewart-Morel. Les auteurs concluent que cette anomalie clinique démembre une fois de plus ce syndrome ou jette un pont entre ses conceptions, restrictive (Morgagni) et élargie (Morgagni-Stewart-Morel).

L. R.

L'hyperostose frontale interne. Etude critique du syndrome de Morgagni-Morel, par J.-A. LIÈVRE. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 18 janvier 1952).

Onze observations d'hyperostose frontale interne qui, toutes, concernent des cas d'hyperostose frontale interne rencontrés en six ans sur 3.000 radiographies du crâne et dont aucun ne comporte les éléments du syndrome dit de Morgagni-Morel (hyperostose frontale interne, obésité, troubles cérébraux), ni ceux du syndrome de Morgagni selon Henschen (hyperostose frontale interne, obésité, virilisme). L'auteur insiste sur le caractère banal des signes cliniques attribués à l'hyperostose frontale interne, ainsi que l'absence de lésions spécifiques. Des définitions très précises de l'hyperostose, puis des études statistiques de l'hyperostose frontale interne isolée ou associée aux symptômes éventuels pourraient seules étayer les descriptions des deux syndromes en question. Encore faudrait-il éliminer la cause d'erreur qui consiste à prendre pour effets de l'hyperostose dans de telles statistiques, les raisons de la radiographie du crâne (céphalée, obésité). Pour le moment, l'auteur estime qu'il n'existe aucune démonstration de l'existence du syndrome de l'hyperostose frontale interne.

L. R.

Sur l'anosognosie, par H. OPPENHEIMER et M. WEISSMAN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 5, novembre 1951, p. 337).

Un sujet de 64 ans devient complètement aveugle après un ictus cérébral vasculaire ; il ne présente aucune paralysie. Il manifeste un syndrome mental type maladie de Korsakow et une anosognosie pour sa cécité. Malgré la présence d'une atrophie optique, il est reconnu que sa cécité a essentiellement une origine centrale ; les réflexes pupillaires à la lumière sont normaux. L'anosognosie fut attribuée à une lésion corticale diffuse et on admit qu'une localisation « fonctionnelle » entraînant la perte de conscience du trouble était plus vraisemblable qu'une localisation « topographique ». L'opinion des auteurs est que cette hypothèse s'applique particulièrement aux cas d'anosognosie, de cécité, et non à ceux dont l'anosognosie a trait au schéma postural du corps.

L. MARCHAND.

L'absence de reconnaissance de la propre cécité (symptôme d'Anton)
(Il mancato riconoscimento della propria cecità (sintomo d'Anton), par S. NOBILE et M.-P. d'AGATA (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 21, fasc. 2, mars-avril 1951, p. 93-123).

S'appuyant sur une observation personnelle et une revue générale de la littérature, les auteurs concluent : la pathogénie de la méconnaissance de la propre cécité n'est pas univoque (parfois la croyance délirante semble secondaire aux hallucinations ; parfois, au contraire, les hallucinations manquent et la croyance est primitive), la lésion bilatérale des lobes occipitaux n'est pas l'élément fondamental et indispensable ; l'élément confuso-démientiel est très fréquent, mais non constant ; on pourrait penser que la lésion occipitale bilatérale produirait, par diminution peut-être du pouvoir de critique, une exaltation de la vie affective et une difficulté à maintenir des relations normales entre l'affectivité et la réalité objective. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Symptomatologie de l'anoxémie cérébrale et des états similaires, par R.-S. ALLISON. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 66, 1/2, 1950).

Etude clinique de cinq cas d'anoxémie prononcée et de cinquante-deux cas d'intoxication par le gaz. La symptomatologie dépend surtout de la durée et de l'intensité. Exposé détaillé des phases du retour de la conscience. Analogie avec la psychose post-traumatique. Récupération de l'orientation selon le mode centrifuge. Les séquelles d'ordre neuro-psychiatrique sont rares et consistent en amnésie, dépression et catatonie aiguë ; si leur éclosion a été précédée par un temps de latence, elles peuvent évoluer en une maladie mentale chronique. Explication pathogénique. Séquelles neurologiques diverses, en général transitoires : polynévrite, hémiplegie, Parkinson dont les formes graves sont durables, agnosie visuelle. Pour terminer, description des dessins et des tests destinés à déceler un trouble de la conception de l'espace.

H. BERSOT.

Paraplégie spasmodique familiale avec affaiblissement intellectuel, par G. HEUYER, S. LEOVICI et SEUGNOT. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 16 octobre 1951).

Deux sœurs, de 4 ans et 2 ans 1/2. Chez l'aînée, les premiers symptômes se sont manifestés vers l'âge de 15 mois : démarche spasmodique, petits mouvements athétosiques ; puis est apparu l'affaiblissement intellectuel avec un retard psychique actuellement de deux ans. Chez la plus jeune, les troubles moteurs ont fait leur apparition à 1 an.

La mère, au cours de chacune de ses grossesses, a eu aux colonies des accès de paludisme jugulés par la quinine. On peut se demander si cette dernière n'est pas à incriminer dans l'apparition de cette maladie familiale.

L. R.

PSYCHANALYSE

La généalogie des Atrides et l'aventure d'Oreste (Introduction à l'étude du « complexe d'Oreste »), par N. N. DRACOUlidÉS (d'Athènes). (16 pages, « Psyché », n° 74, décembre 1952 et n° 75, janvier 1953).

Après avoir rappelé la généalogie des Atrides, l'auteur étudie plus particulièrement le cas d'Oreste. Se basant sur la littérature grecque et surtout sur Euripide, il trace un interrogatoire psychanalytique du fils d'Agamemnon, puis en décrit le *curriculum* psychique : séparation anti-œdipienne du père à 2 ans, attachement à Clytemnestre, choc affectif après l'adultère de cette dernière avec Egisthe, rancune contre la mère, privation du père après le meurtre de celui-ci, attachement à Pylade, meurtre d'Egisthe et de Clytemnestre (ce dernier à l'instigation d'Electre), réaction délirante et hallucinatoire, soulagement à 21 ans après l'acquittement par le tribunal des Athéniens, mariage avec Hermione après le meurtre de Pyrrhus, identification à Agamemnon.

V.-J. DURAND.

Psychopathologie du regard, par René HELD, (*L'évolution psychiatrique*, avril-juin 1952).

Le titre primitif de la conférence qui fait l'objet de cet article s'énonçait « Œil, regard, vision et inconscient ».

Tout en respectant les aspects philosophiques de la question, l'auteur ne fait que les effleurer pour traiter successivement du regard d'après Jean-Paul Sartre, du regard et des effets qu'il influence dans le salon d'attente, du salon dans le bureau, dans les entretiens en tête-à-tête, de ses rapports avec la poignée de main, et la culpabilité. Le divan, la lumière et l'obscurité, le cinéma et l'oralité, les affections oculaires et les troubles de la réfraction, le symbolisme de l'œil, et la pensée magique, sont étudiés à leur tour. Le symbolisme qui se dégage de la dernière partie de cette étude se traduit par deux équations : œil = pénis (parfois vulve ; rayon visuel = rayon lumineux). L'importance des contacts du regard est grande dans toutes les manifestations de la vie affective.

M. LÉCONTE.

Un cas d'hypersomnie périodique (A case of periodic hypersomnia), par W. A. O'CONNOR. (*The British Journal of medical psychology*, vol. 24, n° 4, 1951, p. 296-300).

Une femme de 36 ans, bien douée intellectuellement, de bonne santé physique, a présenté pendant vingt-trois ans vingt-deux attaques d'hypersomnie. Sa première, à l'âge de 13 ans, dura trois jours, la dernière se prolongea cinq semaines. Les nombreux interrogatoires, l'anamnèse, l'étude du milieu familial ont montré l'existence de deux facteurs pathogéniques à incriminer : enfance sans affection (éloignement des parents) et situation œdipienne non résolue. Dans le cas présent, le sommeil constitue un refuge pour fuir les difficultés de la vie.

V.-J. DURAND.

Quelques observations sur le comportement obsessivo-compulsif. (Some observations on obsessive-compulsive behavior), par NATHAN-ROTH. (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 6, n° 1, janvier 1952, p. 7-22).

L'auteur rappelle les conceptions psychanalytiques essentielles sur les phénomènes obsessifs et compulsifs. Puis est exposée une observation d'une malade présentant des sentiments de doute, une ambivalence dans le domaine de la vie affective. Les actes compulsifs ont, là encore, pour but de préserver le malade. Celui-ci tente de se créer une religion personnelle, mais cet essai est voué à l'échec. Il faut l'aide de la psychanalyse.

V.-J. DURAND.

Une obsession, phobie toute simple, par S. LEUBA. (*Revue française de psychanalyse*, octobre-décembre 1952).

Observation d'une quadragénaire atteinte d'une obsession de la propreté entraînant lavages et relavages, dépense de gaz, réactions familiales, qui imposa l'hospitalisation et la cure psychanalytique à la clinique de la Faculté de Paris sous l'occupation. La phobie était en rapport avec une pulsion agressive refoulée à l'égard d'une sœur plus jeune chez une malade retorse. La nature des symptômes, l'âge de la patiente, qui guérit, les conditions difficiles dans lesquelles se faisait la cure — les séances qui étaient bien souvent interrompues par des alertes — la progression rapide des défoulements, ont fait paraître à l'auteur ce cas comme digne d'être relaté.

M. LECONTE.

Facteurs émotionnels par situation analytique (Fatores emocionais da situação analítica), par Fabrizio NAPOLITANI (de Rio de Janeiro). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 1^{re} année, n° 2, janvier 1952, p. 88-92).

L'auteur distingue, dans la situation analytique, les réactions émotionnelles en névrotiques et non névrotiques ; les premières comprennent réactions de transfert et réactions de résistance. Le rôle de la projection est très important, comme le montrent les tests correspondants. Avant d'affirmer, devant des manifestations agressives des malades, la résistance ou le transfert négatif, il faut éliminer la possibilité d'erreurs de technique.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE

Structures et explication biologiques, par Y. Le GRAND. (*Journal de psychologie*, n° 1, janvier-mars 1952).

L'auteur montre les dangers de la collaboration entre la physique et la biologie : les techniques de la première sont d'une grande utilité à la seconde (par exemple l'utilisation du microscope électronique), mais il ne faut pas pousser trop loin les rapports entre les deux sciences. Ainsi la cybernétique ne devrait être qu'un outil pour les biologistes et non un moyen d'explication.

Après avoir étudié les différences de sens d'une fonction et d'une structure en mathématique et en biologie, l'auteur montre que la structure biologique,

qui est le schéma organique, support de la fonction biologique, ne suffit pas à expliquer celle-ci. Par exemple, la structure géométrique de la rétine ne suffit pas à expliquer l'acuité visuelle.

De même, la structure du cerveau humain, par sa complexité, incite aux essais explicatifs visant à donner aux faits de conscience un substrat matériel défini.

L'auteur analyse l'essai d'Eccles (*in* « Nature », 1951, p. 53), qui cherche à résoudre le problème des relations corps-esprit. Cet essai, intéressant pour les spécialistes, ne doit pas être répandu dans le grand public qui prendrait pour une explication certaine ce qui n'est qu'une hypothèse de travail.

« Les structures vagues et compliquées n'ont pas de vertus explicatives propres », conclut l'auteur.

M. GLUGE.

Sur les notions de quantité et de qualité dans le diagnostic de certains types constitutionnels chez l'homme, par J. A. BAUMANN et O. JEANNERET (de Genève). (*Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, vol. 7, fasc. 3-4, juillet 1951, p. 334-342).

Le morphotype est une des composantes de la constitution. On peut l'établir par des mesures squelettiques et des appréciations de certaines parties molles, ce qui mène à une description globale de la forme du corps et des attitudes qui en résultent. Des mensurations identiques peuvent correspondre à des qualités fonctionnelles différentes, qu'il faut essayer de mieux définir pour pouvoir diagnostiquer les divers types constitutionnels. Quatre observations sont rapportées, illustrées de photographies.

V.-J. DURAND.

ASSISTANCE

Plan hospitalier et urbanisme, par R.-H. HAZEMANN et R.-F. BRIDGMAN. (*Techniques hospitalières médico-sociales et sanitaires*, n° 93, juin 1953).

De cet important article dans lequel MM. R.-H. Hazemann et R.-F. Bridgman exposent la nécessité et les conditions d'un remaniement et d'une modernisation de la répartition et de la structure des établissements sanitaires, nous ne pourrions signaler ici que l'essentiel de ce qui intéresse l'assistance psychiatrique hospitalière, laquelle dispose actuellement de 93.000 lits dans les hôpitaux psychiatriques.

Exposant d'abord un plan général de régionalisation (16 régions), les auteurs indiquent que chaque centre hospitalier « départemental » devrait contenir, entre autres, un service de dépistage des maladies mentales et de l'alcoolisme (la neuro-chirurgie étant réservée au centre hospitalier « régional »).

Ils prévoient en outre des hôpitaux psychiatriques comportant des services spécialisés (épileptiques, grands agités, intoxiqués, délinquants et antisociaux, enfants pervers et inéducables) en liaison avec le centre hospitalier « régional » et avec une Faculté ou Ecole de médecine.

Une enquête est en cours pour déterminer le nombre de lits à prévoir dans

chacun des établissements. Les auteurs s'élèvent avec raison contre des établissements trop grands : il serait préférable d'en multiplier le nombre.

Après une étude des conditions devant régir le choix de l'emplacement des divers établissements et leur structure, les auteurs indiquent la tendance actuelle vers l'unité de conception des établissements hospitaliers. L'hôpital psychiatrique, dégagé de services annexes, évoluerait vers un établissement de cure avec service ouvert, en rapport avec les progrès des méthodes thérapeutiques qui ont sensiblement raccourci la durée moyenne de séjour dans les services de malades mentaux.

L'article se termine par l'exposé de desiderata concernant les hospices de vieillards et celui des modes de financement des constructions hospitalières. Un programme indispensable de prévention n'est possible, concluent les auteurs, que s'il s'appuie sur une infrastructure curative solide.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Poliomyélite aiguë et choc peptonique, par L. CHOQUARD (de Monthey).
(*Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juillet 1953).

A l'occasion de quatre observations, dans lesquelles un traitement par le choc peptonique a été suivi de la disparition, non seulement des phénomènes généraux mais des paralysies, M. L. Choquard conseille d'utiliser dans la période aiguë de la poliomyélite l'injection intraveineuse lente d'une solution fraîche et stérile de peptone à 10 %, de dose variable selon le poids et l'état du malade et de façon à obtenir une fusion de 15 à 30 minutes de durée (rappelant celui de la pneumonie). Dans tous les cas ainsi traités, la défervescence complète et définitive est intervenue dans les 24 heures après l'injection.

Ce traitement, par le choc peptonique que l'auteur, dans l'état actuel des connaissances, juge seul capable de juguler, et rapidement, une attaque de poliomyélite aiguë, doit être appliqué avec prudence. L'auteur ne le croit pas indiqué dans les formes bulbaires.

R. C.

VARIETES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 octobre 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 novembre 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 novembre 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 21 décembre 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

Nécrologie

M. le D^r Georges DEMAY, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), ancien président de la Société médico-psychologique ;

M. le professeur M. LAIGNEL-LAVASTINE, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, ancien président de la Société médico-psychologique ;

M. le D^r Georges PARCHEMINEY, membre correspondant national de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. PÉ, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Légion d'honneur

Sont nommés au grade de *Chevalier de la Légion d'honneur* :

M. le D^r M. BERTHON, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique Sainte-Marie à Nice (Alpes-Maritimes) ;

M. le D^r P. GUYOT, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bégard (Côtes-du-Nord).

Nominations

M. le D^r V. DAUSSY est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Rennes (Ille-et-Vilaine) ;

Mlle le D^r GUSDORF est nommée médecin-assistant à l'hôpital Henri-Rousselle, à Paris ;

Mlle le D^r P. PETIT est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. le D^r M. SCHWEICH est nommé médecin-assistant à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Directeur administratif :

M. DESCOUARD est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne).

SOCIÉTÉS

Société suisse de psychiatrie.

La 120^e assemblée de la *Société suisse de psychiatrie* aura lieu à Genève, les 21 et 22 novembre 1953, sous la présidence de M. le professeur W. BOVEN (de Lausanne).

Séance du 21 novembre : Exposé de travaux en cours à la clinique psychiatrique de Bel-Air : exploration polystéroïdique de la fonction surrénalienne dans les cas de maladie d'Alzheimer ; travaux d'anatomie pathologique du système nerveux ; enregistrement photographique des mouvements fins des globes oculaires.

Séance du 22 novembre : Communications libres.

Secrétariat : D^r O. RIGGENBACH.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Assemblée générale de l'Association européenne contre la poliomyélite

L'assemblée générale de l'Association européenne, réunie à Copenhague le 25 avril 1953, sous la présidence du professeur P. LÉPINE, a groupé les délégués et les observateurs de 13 nations. L'assemblée a enregistré, avec satisfaction, la création d'une *Association française de lutte contre la poliomyélite* et celle d'un *Comité national suisse de la poliomyélite*. Elle a procédé à l'examen de diverses questions administratives et a décidé de tenir sa prochaine réunion à Paris, les 8 et 9 avril 1954.

Au cours du *symposium* qui a suivi l'assemblée générale, la *délégation danoise* a exposé les différents aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'épidémie qui a sévi à Copenhague, de juillet à décembre 1952. Le grand nombre des cas et la sévérité de la maladie ont obligé les médecins du service des maladies contagieuses du Blegdamshospitalet de Copenhague, dirigé par le professeur LASSEN, à prendre des mesures extraordinaires

nécessitant l'application de méthodes diverses de traitement. Ils ont notamment introduit dans la thérapeutique des atteintes respiratoires de la poliomyélite, la pratique généralisée d'une trachéotomie combinée avec des méthodes de respiration contrôlée utilisées en anesthésiologie. Les résultats obtenus démontrent que cette méthode est susceptible de rendre de grands services. L'exemple du Danemark, et en particulier, du rôle joué par la Ligue danoise contre la poliomyélite, démontre l'efficacité de la collaboration des Pouvoirs publics, d'une institution privée et de la solidarité nationale en présence d'une des plus graves épidémies de poliomyélite qui ait été observée jusqu'à présent.

L'Association européenne a également examiné les progrès déjà réalisés qui pourraient rendre possible la prévention de la poliomyélite par l'usage des produits de fractionnement de sérum humain (gamma-globuline) et des vaccins. De nombreux problèmes soulevés par la généralisation éventuelle de ces méthodes devront être résolus avant d'en envisager l'emploi en dehors du terrain expérimental. Il est recommandé que des essais d'application pratique par gamma-globuline soient continués dans la prophylaxie de la poliomyélite pour permettre une meilleure appréciation de leur valeur et préciser, en particulier, les limites de leur indication.

L'Association européenne conclut qu'il serait prématuré de formuler une opinion sur la valeur et les possibilités de la vaccination contre la poliomyélite au stade actuel des recherches. Elle recommande que les pays membres de l'association mettent en œuvre, dans la mesure de leurs moyens, des essais scientifiquement contrôlés de ces méthodes d'immunisation.

La Presse médicale, 11 juillet 1953.

STATISTIQUE ET CLASSIFICATION

Nouvelle classification des maladies mentales aux Etats-Unis

Au dernier congrès de l'association psychiatrique américaine qui a eu lieu à Los Angeles, M. Karl MENNINGER a proposé de remplacer la classification pseudo-scientifique des maladies mentales en névroses et psychoses. De même il a condamné les termes de schizophrénie, de paranoïa, de psychose maniaco-dépressive et il a proposé de les remplacer simplement par une gradation, 1, 2, 3, 4, selon la gravité de la maladie mentale observée et selon l'intensité avec laquelle le malade a perdu contact avec le monde extérieur. En effet, dit M. Karl MENNINGER, la maladie mentale consiste essentiellement en une perte de contrôle du malade sur lui-même. Il y a toujours un certain ordre dans son désordre. Pratiquement, les malades guérissent plus vite dans les hôpitaux où l'on ne parle plus de psychose ou de névrose.

La Presse médicale, 4 juillet 1952.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Vœu de l'Académie nationale de médecine concernant la lutte contre l'alcoolisme

Sur la proposition de M. ROUVILLOIS, le vœu suivant est adopté par l'Académie dans sa séance du 7 juillet 1953.

« L'Académie nationale de médecine, constatant que l'alcoolisme n'a jamais été aussi fréquent qu'à l'heure actuelle sans qu'aucune mesure efficace de

« barrage ait été décidée, qu'au contraire l'ensemble de l'armature législative
 « n'a fait que le favoriser en facilitant la production de l'alcool (privilège des
 « bouilleurs de cru, statut de l'alcool) et, par voie de conséquence, sa consom-
 « mation dans tous les milieux de la population française (métropole et
 « France d'outre-mer), émet le vœu :

« Que le Parlement et les pouvoirs publics, responsables de cet état de fait,
 « prennent sans tarder toutes mesures capables d'arrêter l'évolution de l'al-
 « coolisme. Parmi ces mesures, figurent au premier plan celles qui visent la
 « production de l'alcool sous toutes ses formes.

« L'Académie insiste aussi sur la nécessité urgente d'envisager tous les
 « moyens permettant la réduction progressive et rapide du nombre des débits
 « où sont consommées les boissons alcoolisées.

« Aux mesures restrictives concernant la production et la consommation de
 « l'alcool et des boissons alcoolisées devraient correspondre des mesures
 « constructives destinées à favoriser la fabrication industrielle de boissons
 « de remplacement non alcoolisées, de bonne qualité. »

Ce vœu sera transmis aux Pouvoirs publics.

ASSISTANCE

L'assistance à l'enfance handicapée et les problèmes de réadaptation sociale.

La revue « Réadaptation » vient de publier (septembre 1953), en liaison avec le « Centre international de l'enfance », un intéressant numéro spécial consacré aux problèmes de « l'enfance handicapée », plus particulièrement à l'éducation, à l'instruction, et à la réadaptation des jeunes infirmes, sensoriels et moteurs, et, parmi eux, des enfants présentant des séquelles de poliomyélite.

MÉDECINE SOCIALE

René Sand (1877-1953)

Professeur honoraire de l'Université libre de Bruxelles, secrétaire général honoraire du ministère de la santé du Royaume de Belgique, secrétaire général honoraire de la Ligue internationale des Sociétés de la Croix-Rouge, membre honoraire de l'Académie Royale de médecine de Belgique, délégué permanent belge et président d'un comité d'experts à l'Organisation mondiale de la santé, René SAND, lauréat du prix Léon Bernard, et dont on sait l'action inlassable et féconde en faveur de la médecine sociale, vient de disparaître alors qu'il avait conservé une activité unanimement appréciée en tous pays. Les *Annales médico-psychologiques*, qui ont eu bien souvent l'occasion de rendre hommage à ses efforts et à ses travaux, s'associent aux regrets de nos amis belges et de tous ceux, en tous pays, qui ressentent la grande perte que vient de faire la médecine sociale.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1953 (3^e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 84.902. — 1953

C.O.A.L. 31.2330.